



Biblioteca de Enfermería

# Cuidado de Enfermería en el Núcleo Familiar

**edi**  
**PUCE**

Judith Inmaculada Francisco Perez

**Cuidado de Enfermería en el  
Núcleo Familiar: Reflexiones  
Teóricas Y Aplicación de  
Casos**



# **Cuidado de Enfermería en el Núcleo Familiar: Reflexiones Teóricas Y Aplicación de Casos**

Judith Inmaculada

Francisco-Pérez

**edi**  

---

**PUCE**

*Cuidado De Enfermería en el Núcleo Familiar: Reflexiones Teóricas Y  
Aplicación de Casos*

Judith Inmaculada  
Francisco-Pérez

Primera edición

© 2024 Pontificia Universidad Católica del Ecuador

EdiPUCE

[www.edipuce.edu.ec](http://www.edipuce.edu.ec)

Quito, Av. 12 de Octubre y Roca

Apartado n.º 17-01-2184

Telf.: (5932) 2991 700 ext. 2060

e-mail: [publicaciones@puce.edu.ec](mailto:publicaciones@puce.edu.ec)

Diagramación: Mattias Tello

Corrección: Editorial PUCE

Ilustración de portada: Deisy Graterol Herize

ISBN: 978-9978-77-717-6

Quito, febrero de 2024

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, ni en modo o en parte, ni registrada en, o transmitida por un sistema de recuperación de información en ninguna forma por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia, o cualquier otro, sin el permiso previo de los propietarios del Copyright.

# Introducción

Este libro es resultado de las actividades de capacitación y presentación de casos de enfermería familiar desarrollado en el marco de la primera edición de la Teleclínica de Enfermería, un subproyecto del ECHO Hub Cedia-PUCE Ecuador. Surge con la idea de que pueda ser utilizado en la conducción de experiencias formativas a nivel de grado en enfermería, para analizar temáticas y casos importantes, donde se brinde estrategias para atender a población vulnerable desde el núcleo familiar.

Por esta razón, el capítulo I presenta al estudio de casos como una técnica didáctica, útil para contextualizar el aprendizaje, favorecer la integración teórico-práctica, favorecer el aprendizaje activo y desarrollar habilidades socioemocionales en los estudiantes. El capítulo II introduce en la aplicación de enfoques, teorías y modelos en la práctica profesional de enfermería para dar respuesta al cuidado en el contexto familiar.

En el capítulo III abrimos espacio para un tema muy necesario como es el cuidado de la embarazada en el núcleo familiar. Durante la gestación pueden existir muchos factores de riesgo que deben ser identificados en el control prenatal y desde la familia. Es importante que los profesionales de enfermería fortalezcan sus competencias para brindar una atención integral en este proceso de la vida.

El capítulo IV presenta la temática de la adaptación y la salud emocional de la persona con discapacidad en el núcleo familiar. La familia es un sistema social que juega un papel importante en el recibimiento, apoyo y socialización de sus integrantes, en particular cuando alguno de ellos posee como condición de vida, una discapacidad.

El capítulo V desarrolla el abordaje del duelo en la familia. El ser humano es relacional y emocional por naturaleza, desde el vientre materno empieza a desarrollar vínculos necesarios para su crecimiento y desarrollo, estos vínculos van entrelazados de manera indisoluble con las emociones evidenciándose esto, en el desarrollo de apegos con todo a lo que le asigna un significado importante, desde las personas como familia y amistades, las mascotas, objetos, puestos de trabajo entre otra.

Los cinco capítulos restantes presentan casos de enfermería familiar, desarrollados por profesionales del área rural. Estos casos fueron presentados en la teleclínica y recibieron recomendaciones de mejora por parte de los profesionales expertos invitados a las sesiones, quienes enriquecieron el proceso de enfermería y las reflexiones y construcciones de aprendizaje de los ponentes.

# CAPÍTULO I. El estudio de casos como técnica didáctica en enfermería

*Autoras: Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.*

*Carmen Stella Martínez Dávalos.  
Docente de la Carrera de Enfermería.  
Universidad Centrocidental Lisandro Alvarado. Venezuela*

## **Introducción**

La educación superior está demandando cambios urgentes e indispensables para asegurar la formación pertinente que requiere el contexto actual y futuro, caracterizado principalmente por el acelerado avance de las tecnologías y el crecimiento exponencial en la producción de conocimientos en todos los campos del saber. El aprendizaje formal de nivel superior en enfermería debe ser un proceso activo y reflexivo, centrado en el estudiante y en el desarrollo de los procesos cognitivos y metacognitivos que son necesarios para aprender, desaprender y aprehender el complejo proceso de cuidar. En este capítulo se desarrolla el estudio de casos, una técnica didáctica útil para contextualizar el aprendizaje, favorecer la integración teoría-práctica y desarrollar habilidades socioemocionales en los estudiantes. Su implementación intencionada exige ampliar y reorientar las acciones docentes en la didáctica y en la evaluación.

## **Las estrategias de aprendizaje activo**

El mundo está cambiando a una velocidad sin precedentes gracias a los avances de la ciencia, la tecnología, la globalización y las transformaciones sociales, económicas y culturales. Este contexto, exige mayores

esfuerzos de los sistemas educativos para formar ciudadanos capaces de manejarse en la incertidumbre, anticiparse a los requerimientos del entorno, aprovechar las posibilidades de las tecnologías y aprender permanentemente de lo que ocurre en la realidad.

En la educación universitaria se puede encontrar en la actualidad un sinnúmero de metodologías, estrategias y técnicas para el desarrollo de competencias. Muchas de las publicaciones científicas y políticas educativas coinciden en la necesidad de utilizar metodologías para promover el aprendizaje activo de los estudiantes y favorecer la trascendencia de la formación, incluyendo el desarrollo del juicio crítico, el autoaprendizaje, el razonamiento científico y la construcción de soluciones pertinentes e innovadoras para los problemas de la realidad. Con esto se responde a la pertinencia de la educación y a las necesidades de la sociedad.

Las estrategias didácticas juegan un papel fundamental para lograr la formación idónea de los estudiantes. La educación basada en la transmisión de conocimientos y la memorización irreflexiva de información no son suficientes ni adecuadas para preparar a los profesionales para vivir en la era actual, tampoco para enfrentar los desafíos del futuro. Por una parte, porque la evolución acelerada del conocimiento hace imposible memorizar todo lo que se genera diariamente en un ámbito profesional y por otra, porque el aprendizaje pasivo es obsoleto, insuficiente e innecesario.

A esto se añade la inteligencia artificial con sus nuevos modelos dotados para responder de manera inmediata y ubicua a cualquier pregunta profesional. El avance de las tecnologías y la velocidad en la producción del conocimiento nos permiten asegurar que varios de los conceptos o contenidos teóricos que conocemos hoy sean útiles en el futuro. Casi todo aquello que algunos maestros obligan a grabar a los estudiantes en su memoria para luego “devolver” en evaluaciones, se olvidará a mediano plazo y ni siquiera será requerido para el buen desempeño profesional.

Es necesario repensar el papel de la escuela como institución y nuestro rol como docentes. La educación formal no tendrá sentido, a menos que el aprendizaje favorezca el desarrollo de competencias para toda la vida y prepare a los estudiantes para crear soluciones creativas, ajustadas al contexto real, en medio de la complejidad y la incertidumbre del

mundo actual. Una experiencia educativa debe formar al estudiante para mejorar el hacer, mientras se transforma su propio ser. Asimismo, debe fomentar una verdadera vinculación del mundo abstracto de los conceptos, principios, normas, valores y teorías, con la dimensión concreta de los hechos y sus relaciones (1). En este contexto se requiere un docente mediador del aprendizaje profundo, utilizando actividades que propicien el interés, la participación, la cooperación, la creatividad y la reflexión (2).

## **¿Por qué utilizar el estudio de casos para el aprendizaje en Enfermería?**

El aprendizaje en enfermería es decididamente un proceso activo y reflexivo que involucra al estudiante en el desarrollo de competencias necesarias para el cuidado humano, lo cual implica promover y permitir la reflexión crítica, la integración de saberes y la transferencia de lo aprendido a distintos contextos de la realidad. Todos estos son procesos cognitivos y metacognitivos necesarios para aprender, desaprender y aprehender el complejo proceso de cuidar.

En el campo de la formación en enfermería, una estrategia metodológica debería combinar el aprendizaje áulico enfocado en el desarrollo de procesos superiores del pensamiento con las correspondientes experiencias prácticas dirigidas a probar y aplicar esas comprensiones teóricas en la realidad. Algunas experiencias prácticas podrían ser simuladas en laboratorios, otras deben incluir escenarios clínicos, familiares y comunitarios, en donde ocurren las situaciones de salud y enfermedad. Idealmente, estos encuentros de los estudiantes con el conocimiento deberían estar diseñados como parte de una planificación formativa, encaminada a fortalecer la solución de desafíos, la búsqueda de significados y la construcción de redes conceptuales vinculadas con el hacer profesional.

El cuidado humano no se limita al cumplimiento de procedimientos técnicos, ni al conocimiento de las teorías y modelos de la disciplina; sino que además de estas dos dimensiones, implica una comprensión profunda del ser humano, de las relaciones familiares en las que éste vive y de las complejidades que lo acompañan en el marco de una comunidad y una sociedad. Estas experiencias formativas pueden ser primeramente simuladas con el estudio de casos reales en el ambiente áulico y complementadas posteriormente mediante experiencias

en los servicios de salud, en la atención de las familias y el trabajo con las comunidades. En todo caso, deberían promover el desarrollo de competencias profesionales y al mismo tiempo, favorecer la internacionalización de valores y la práctica de estrategias de solución a los problemas de la realidad (1).

Una de las estrategias útiles para desarrollar experiencias de aprendizaje para enfermería es el estudio de casos. Se trata de una técnica que consiste en la utilización de casos para promover la comprensión de situaciones de la vida real, donde ocurren relaciones y dinámicas que conducen al estudiante a identificar y analizar evidencias, y en este orden, poder describir, verificar o generar nuevos saberes. Esta técnica incide en la formación de la personalidad porque fortalece la actitud del estudiante a partir del análisis crítico de los hechos, las reacciones e incertidumbres manifestadas en las acciones de las personas, especialmente en situaciones difíciles de la vida (1).

Como técnica didáctica, el estudio de casos favorece el aprendizaje divergente y no lineal; ya que dentro del análisis y la reflexión de la situación; el docente y los estudiantes aceptan que todos somos diferentes en cuanto a experiencias, conocimientos y maneras de aprender. Se espera que cada estudiante encuentre caminos disímiles y construya sus propias redes de conceptos, explicaciones y relaciones generados entre los hechos que cada uno identifica, y que luego se amplían, transforman al contrastarlos con los que identificaron los demás.

Por muchas razones, el estudio de casos es una estrategia activa que permite que los estudiantes se comprometan y sean protagonistas de su propio aprendizaje. Esto ocurre porque al valorar y discutir una situación real, afloran sus habilidades para el análisis de roles, dándole la oportunidad de hipotetizar sus propios enfoques y decisiones (1). Esto le prepara para la acción con habilidades para la resolución de problemas de la vida profesional. Además, implica que aprendan a trabajar en equipo y a desarrollar habilidades de pensamiento, comunicación y liderazgo.

El estudio de casos promueve la integración de la teoría con la práctica (3); su uso en enfermería puede favorecer la relación de todas las dimensiones que se involucran en los problemas de salud. Su uso permite contextualizar el aprendizaje, ya que los estudiantes pueden relacionar los conceptos teóricos con situaciones reales. Esto

también les da la oportunidad de analizar, interpretar y canalizar la naturaleza humana(1), pudiendo comprender de manera más profunda su responsabilidad profesional con la atención de las necesidades humanas que afectan la salud; además de prepararle para transferir el aprendizaje construido a otras situaciones futuras, que se presenten en su hacer laboral.

El uso de los casos está recomendado especialmente para diagnosticar y decidir en situaciones del contexto (real o simulado), donde ocurren problemas y en donde las relaciones humanas tienen un papel importante; por lo tanto, se pueden analizar los problemas, aplicar una estrategia de análisis, crear/juzgar alternativas de atención o solución, y tomar decisiones (4). El estudio de casos favorece, principalmente: a) el dominio de la temática; b) el ejercicio de procesos intelectuales no memorísticos (discriminar lo sustantivo de lo adjetivo, relacionar hechos y causas, diferenciar opiniones de inferencias, plantear hipótesis, proponerse y evaluar alternativas de solución, entre otros); y c) la habilidad para mantener una discusión académica (1). Por lo tanto, es una técnica que privilegia el auto-aprendizaje, la capacidad interpretativa y la autonomía cognoscitiva de los estudiantes (5).

Existen diversas clasificaciones del uso de casos como técnica didáctica. Una de estas, los categoriza como: a) **centrada en el estudio de las descripciones**, cuando se procura la descripción de situaciones sin llegar a solucionarlas; b) **centrada en la resolución de problemas**, cuando se practica la toma de decisiones para solucionar dichos problemas, y c) **centrada en la simulación**, cuando se orienta a que los estudiantes se involucren en la situación expuesta, analizando o dramatizando el papel de los personajes que participan en el caso (3).

Otra manera de clasificar a esta técnica didáctica incluye (4) los siguientes tres modelos: a) el modelo centrado en el análisis de casos, que utiliza casos previamente estudiados y solucionados por especialistas, b) el modelo que busca aplicar principios y normas legales establecidos, y c) el modelo que busca el entrenamiento en la resolución de situaciones. Este último, a pesar de que requiere la sustentación en un marco teórico y la aplicación de sus prescripciones prácticas a la resolución de determinados problemas, demanda de los estudiantes que respondan a la particularidad y la complejidad de los contextos específicos en los que ocurren dichos problemas.

En cualquier circunstancia o modelo en el cual se utilice, para que un caso tenga intencionalidad didáctica, debería cumplir ciertas condiciones que faciliten la discriminación entre situaciones, opiniones y acciones, la construcción de inferencias, el planteamiento de nuevas alternativas, y la identificación de consecuencias y responsabilidades (1). En este sentido, es necesario organizar su implementación de manera que exista la oportunidad de construir un proceso de aprendizaje por descubrimiento, significativo y en colaboración.

En esta publicación hacemos énfasis en el modelo de casos centrado en el análisis del proceso de enfermería que se ha aplicado a situaciones de salud. Sugerimos este modelo, como una vía para que los estudiantes desarrollen habilidades superiores del pensamiento ante los procesos de intervención elaborados por profesionales, en la resolución de casos específicos.

## **Proceso para utilizar el estudio de casos en la enseñanza de enfermería**

1. Entregar a cada estudiante el caso, con la instrucción inicial de realizar una lectura reflexiva del caso para identificar individualmente datos relevantes y elementos esenciales de la situación de salud; así como las posibles relaciones involucradas en las situaciones de riesgo y de enfermedad. Cuando la lectura es activa, ésta se coloca al servicio del estudiante para tocar su pensamiento y se convierte en un desencadenante para la exploración de nuevas alternativas y la construcción de significados (6).
2. Pedir a cada estudiante que interprete toda la información reportada en la valoración de enfermería. Asimismo, que juzgue la priorización de problemas que se realizó, la formulación de los diagnósticos y la planificación realizada para atender la situación de la familia.
3. La fase anterior puede requerir más o menos tiempo de acuerdo con la complejidad del caso; el nivel que cursan los estudiantes en la carrera y el tipo de ejercicios mentales que el docente solicite realizar. En cuanto a esta última variable, es posible entregar el caso para revisión individual en horario autónomo, fuera de la clase, y pedir que cada uno elabore representaciones mentales de las primeras reflexiones realizadas.

4. Una vez que ha transcurrido el tiempo para que cada estudiante realice las actividades mencionadas en el numeral anterior, se procede a la revisión del caso con los equipos de trabajo. Dentro de cada equipo se asignan roles para la lectura del caso, el registro de anotaciones importantes, y la relatoría de las conclusiones.

Durante la interacción grupal el docente debe cumplir el rol de mentor y orientador de la estrategia (3), por lo tanto debe: a) estimular las interpretaciones de los estudiantes, en lugar de expresar sus ideas como conocedor del tema (7), b) animar las discusiones en torno a las divergencias de criterio que puedan surgir, c) solicitar la sustentación teórica y con argumentaciones sólidas (1), y d) formular preguntas críticas para lograr la reflexión y el análisis de las situaciones involucradas en el problema que se trata en el caso (8).

En esta fase del proceso no es indispensable que todos los estudiantes del equipo lleguen a un consenso o tengan la misma opinión con respecto todas las etapas del proceso de enfermería. Pueden existir argumentos válidos, convincentes, argumentados y distintos, ante lo cual, el docente propiciará la integración de los aspectos informativos y el consenso del grupo, como evidencia de la objetividad con la que se ha realizado el análisis del caso (7). Para que esto sea posible, es importante que las preguntas detonen en los estudiantes la inquietud por saber más y se conviertan en un mecanismo de comunicación bidireccional que involucre a estudiantes y docentes en la sustentación teórica de los juicios y críticas realizados a lo largo de la discusión (6).

De igual manera en esta fase intermedia del análisis del caso, el docente puede observar el surgimiento de habilidades de comunicación y liderazgo, e identificar estudiantes con temor o dificultades para expresarse con claridad. Esta es una oportunidad para alertar necesidades individuales en los estudiantes, y para responder con recursos de acompañamiento más adecuados y efectivos(9), ajustados a la realidad.

5. La última fase del proceso se complementa con una plenaria de presentación y discusión con otros grupos que hayan tenido el mismo caso para analizar. El docente promueve que los equipos relaten no sólo los aspectos más importantes del análisis realizado, sino la experiencia vivida con el conocimiento del caso, los momentos de aprendizaje que pasaron (qué sabían antes, qué razonaron

individualmente, qué nuevos saberes construyeron en la discusión grupal), así como el clima de colaboración que alcanzaron.

## **La evaluación del aprendizaje**

El uso de casos como técnica didáctica implica un cambio de paradigma en cuanto al proceso de evaluación. Cuando promovemos la construcción colaborativa de conocimientos la evaluación no debe tener un enfoque castigador, más bien debe ser continua, enfocada en la valoración de los procesos del pensamiento y las habilidades socioemocionales que se desarrollan. Además, debe estar dirigida a identificar los avances y necesidades de los estudiantes para adecuar la didáctica, ajustar el acompañamiento tutorial y mejorar la educación.

Cuando el aprendizaje ocurre mediante el estudio de casos, la evaluación de aprendizajes podría incluir pruebas tipo ensayo en las que se presenten situaciones sin resolver, similares a las discutidas en los casos. El abordaje de los estudiantes a estas situaciones también puede ser evaluado mediante disertación oral, utilizando una lista de chequeo para puntuar indicadores asociados a la comprensión, argumentación, pertinencia de las ideas, relevancia de las propuestas, juicio crítico, cantidad y tipo de relaciones establecidas, aceptación de la crítica, habilidades de comunicación, entre otros. En todo caso, la evaluación debe ser auténtica, vinculada con la realidad, con hechos profundos y a la vez específicos de la profesión (7).

## **Referencias**

1. Flores Barbosa J. El Estudio de Casos: Una estrategia didáctica siempre vigente. 1era ed. Plasmagraf, editor. Lima, Perú; 2007. 179 p.
2. Garcés Suárez FE, Garcés Suárez ME, Alcívar Fajardo OD. Las técnicas didácticas y su articulación en el diseño de metodologías activas: consideraciones necesarias. *Revista Universidad y Sociedad*. 2022;14(3):409–16.
3. Rica González Pérez C. Estudio de casos como estrategia didáctica en la formación del estudiantado en Bibliotecología. *Revista e-Ciencias de la Información [Internet]*. 2015 [cited

2023 Mar 28];5(2):1–14. Available from: [.redalyc.org/articulo.oa?id=476847248005](https://redalyc.org/articulo.oa?id=476847248005)

4. Martínez Sánchez A. El estudio de casos como técnica didáctica. *Innovación educativa* [Internet]. 1999;(9):25–53. Available from: [https://sitios.itesm.mx/va/dide2/uralg\\_didacticas/casos/casos.pdf](https://sitios.itesm.mx/va/dide2/uralg_didacticas/casos/casos.pdf)
5. Argandoña Gómez FA, Persico Jiménez MC, Visic Matulic AM. Estudio de casos: Una metodología de enseñanza en la educación superior para la adquisición de competencias integradoras y emprendedoras. *Tec Empresarial*. 2018;12(3):7–16.
6. Morales LM, Cortés MOP. PhiLosoPHicaL environments for uralg in ural scHooLs. *Praxis & Saber*. 9.
7. Subdirección de Currículum y Evaluación. Manual de Estrategias Didácticas: Orientaciones para su Selección [Internet]. Campusano, Katherinne Díaz, Catherine. 2017. 1–57 p. Available from: <http://www.inacap.cl/web/2018/documentos/Manual-de-Estrategias.pdf>
8. Arango-Martínez AV, Sanabria-Totaitive IA, Arango-Martínez AV, Sanabria-Totaitive IA. El método de estudio de casos en la enseñanza de las ciencias naturales. *Praxis & Saber* [Internet]. 2021 Jan 26 [cited 2023 Mar 28];12(31):1–17. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-01592021000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-01592021000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
9. Castillo Ávila E. Análisis de cinco estudios de caso y su influencia en el ámbito de la Educación Infantil. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*. 2020;55–79.

# CAPÍTULO II. Enfermería familiar, enfoques, teoría y modelos para la atención

*Autora: Venus Medina-Maldonado.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador*

## **Introducción**

La enfermería es una profesión centrada en el cuidado de la respuesta de individuos, familias y comunidad a los procesos de salud y enfermedad. En el desempeño de nuestro rol desarrollamos acciones autónomas y colaborativas con el fin de promover la salud, prevenir la enfermedad o sus complicaciones, responder a las necesidades de la persona en la enfermedad, favorecer la restauración y aliviar el sufrimiento (1,2).

En todos estos procesos de la vida de una persona de una forma u otra se encuentra presente la familia, ya sea aquella que es por consanguinidad o la familia afectiva. Por esta razón, resulta tan importante que las/os profesionales de la enfermería cuando empiecen a laborar en el área de salud rural y luego en el ámbito hospitalario, conozcan y desarrollen habilidades para identificar el enfoque más conveniente en el trabajo con la familia y cómo los modelos de enfermería más actuales nos facilitan el recorrido para valorar e intervenir.

Este capítulo proporciona nociones a las/os licenciadas/os enfermeras/os sobre la especialidad de enfermería familiar. Se intenta presentar una reflexión teórica con algunos ejemplos y situaciones del contexto nacional que ilustran la aplicación de los enfoques, teorías y modelos en la práctica profesional para dar respuesta al cuidado de las familias.

## Enfoque familiar

Un enfoque se refiere a un método que nos va a permitir como profesionales brindar un buen cuidado conciliando diferentes objetivos, acciones, competencias y recursos disponibles para lograr la meta que es ayudar a la persona y su grupo familiar a conseguir la salud o el bienestar. Esto solo puede suceder cuando el intercambio es respetuoso y cooperativo.

En las oportunidades que he impartido la asignatura enfermería familiar, surge una pregunta típica por parte de mis estudiantes ¿Qué hago sí la persona que atiendo no me da información del funcionamiento familiar? Ante esta duda, es importante conocer los enfoques en enfermería familiar porque no siempre tendremos la facilidad de valorar el funcionamiento de las familias, pero siempre habrá la oportunidad de intervenir considerando a la familia en las acciones planificadas.

En los cuatro abordajes de la atención familiar referidos por Kaakinen et, al. (2015), se encuentran “la familia como contexto” donde la enfermería familiar se centra en la evaluación y el cuidado de un individuo dentro del contexto familiar; este es el enfoque más utilizado en la enfermería tradicional, tenemos a la persona en el primer plano y a la familia en el fondo (3). En esta actuación la familia sirve como contexto para el individuo y puede ser un recurso, un apoyo o un factor de protección, pero en algunos casos la familia puede convertirse en un factor de estrés para la salud o la enfermedad del individuo. A continuación, un ejemplo de la familia como contexto:

“Un paciente masculino de 17 años con apendicetomía está en el proceso del alta, se encuentra acompañado de su madre y padre. La/el enfermera/o orienta al paciente sobre los cuidados postoperatorio en el hogar (tipos de medicamento, horas de administración, posibles efectos, deambulación y cuidado de la herida operatoria). Al preguntar quien cocina, el paciente refiere que su madre, entonces la/el enfermera/o dirige su orientación hacia la persona que se encarga de esa tarea y cierra comentando como pueden apoyar el resto de los miembros de la familia a la recuperación del paciente”.

A continuación, el segundo enfoque utilizado en enfermería familiar es “la familia como centro de la atención” porque emplea la evaluación

de todos los miembros de la familia. Existe un interés en conocer la forma en que todos los miembros de la familia se ven afectados individualmente por el evento de salud de uno de sus miembros. En este enfoque, todos los miembros de la familia están en primer plano. La familia se ve como la suma de miembros individuales y el enfoque se concentra en cada individuo (3).

Desde mi perspectiva, este enfoque tiene semejanza con lo planteado en el Modelo de Atención Integral del Ecuador-MAIS (2017) para el seguimiento de la salud familiar, donde se utilizan distintos métodos, instrumentos, técnicas y herramientas que buscan evaluar la situación de salud de cada individuo y complementar este acercamiento con la valoración de la función familiar. Para ello se utiliza la visita domiciliaria, la entrevista directa, la ficha familiar que abaliza la situación de salud de cada miembro y el familiograma. Los hogares se convierten en las unidades de observación y las familias en las unidades de análisis (4,5).

El tercer enfoque corresponde a “la familia como componente de la sociedad” donde el grupo familiar es visto como una de las muchas instituciones de la sociedad, similar a las instituciones de salud, educativas, religiosas o económicas. La familia en su conjunto interactúa con otras instituciones para recibir, intercambiar o brindar comunicación y servicios. La enfermería en salud comunitaria ha extraído muchos de estos principios utilizando como interfaz a las familias y su relación con los subsistemas de la comunidad (3).

Este tercer enfoque es empleado en Ecuador, esto se observa cuando se elabora el ecomapa que es una herramienta que posibilita la identificación de las interrelaciones establecidas entre la familia y su entorno o contexto sociocultural. Normalmente, los sistemas externos que influyen en la familia son representados con la cantidad de círculos que sean necesarios, cada familia tiene una realidad particular y los sistemas varían. Pueden ser, por ejemplo: escuela, universidad, trabajo, iglesia, deporte, asociación. Cada uno de esos círculos o sistemas externos se unen a la familia a través de líneas que indican una conexión fuerte que puede ser de protección, una conexión estresante o una conexión conflictiva (3,5). Incluso, para analizar los determinantes sociales de la salud, el ecomapa es una herramienta bastante útil que facilita el conocimiento de los factores externos en el funcionamiento familiar.

Como cuarto y último enfoque está el relacionado con “la familia como sistema”. Este enfoque considera a la familia como un todo. La familia es vista como un sistema de interacción en el que el todo es más que la suma de sus partes. Las interacciones entre los miembros de la familia se convierten en el objetivo de las intervenciones de enfermería, el enfoque del sistema de enfermería familiar se centra en el individuo y la familia simultáneamente (3). Este es quizás el más difícil de aplicar para las/os enfermeras/os en Ecuador. Su esencia proviene de la psicología, pero ha sido de gran ayuda para desarrollar el cuerpo teórico de la enfermería familiar y su aplicación es muy común en USA y Canadá.

De aquí se derivan algunos desarrollos que han sido incorporados a la taxonomía del sistema NANDA, NIC, NOC que guían la valoración, diagnóstico y la intervención estandarizada para potenciar las habilidades de la familia sana o intervenir en la familia enferma. Algunos ejemplos de dominios donde podemos encontrar mayor implicación para la familia son los de promoción de la salud (gestión de la salud), así como roles / relaciones (cuidador, relaciones familiares y desempeño del rol). Al revisar ciertos diagnósticos de enfermería (6) paso a mencionar algunos con los que sería posible intervenir usando en enfoque de familia como sistema:

- Gestión ineficaz de la salud familiar (00080)
- Disposición para mejorar los procesos familiares (00159)
- Disposición para mejorar el rol parental (00164)
- Disposición para mejorar las relaciones (00207)

Es importante considerar que como enfermeras/os no podemos pretender utilizar un solo enfoque para abordar a todas las familias por igual. Debemos tener la suficiente apertura para respetar la autonomía de las familias, sus elecciones, sus valores; y en función de eso podemos decidir que enfoque utilizar para cada una de ellas.

Un aspecto para tener presente durante el ejercicio profesional es la racionalidad porque existen contraindicaciones para trabajar utilizando el enfoque de sistemas tanto en la valoración como en la intervención. En el caso de que se encuentre una familia donde el conflicto compromete la individualidad de un miembro de la familia o su seguridad dentro del hogar, es lógico no promover ningún tipo de intervención grupal. A veces puede ser un inconveniente, si algunos

miembros de la familia aprovechan la situación para confrontar a otros miembros aprovechando la presencia de la/el enfermera/o (7) como si se tratase de un juicio.

## **El origen de las teorías propias y prestadas para la atención familiar**

En este apartado mostraré el análisis desarrollado por Kaakinen et, al. (2015) estas autoras representan de forma comprensible y didáctica cómo a través de las teorías pertenecientes a la ciencia del cuidado y las teorías prestadas de otras ciencias, dieron paso a la comprensión de la situación de las familias durante el proceso de cuidar para que a través del tiempo se diera paso a la creación de modelos o teorías propias para la atención familiar.

Por una parte, se presentan las teorías de Enfermería que tienen un carácter descriptivo y prescriptivo, son los modelos que guían la práctica y nos muestran desde diferentes perspectivas los esfuerzos para valorar e intervenir en el individuo considerando al entorno familiar. Los modelos buscan dar respuestas a aquellas personas o familias afectadas con problemas de salud y enfermedad (3). En este gran componente encontraremos los modelos desarrollados por Florencia Nightingale, Dorothea Orem y Betty Neuman.

Cuando nos referimos a las sustentaciones teóricas prestadas, son aquellas que incluyen la función familiar, el intercambio entre el entorno y la familia, las interacciones y dinámicas dentro de la familia, los cambios en la familia a lo largo del tiempo y la reacción de la familia ante la salud y la enfermedad (3). En enfermería familiar se usa el modelo de Evelyn Duvall, con el ciclo de vida familiar (5) y el modelo de familia disfuncional o enferma, el más empleado en la enfermería familiar es el desarrollado por Virginia Satir (3).

Con el tiempo, de la enfermería familiar emergen teorías y modelos que son propios de nuestra ciencia, que abordan directamente los cuatro enfoques familiares y configuran una serie de conceptos que nos facilita tanto los procesos de valoración como de intervención. Algo relevante, es que puede ser empleados para trabajar en los procesos vitales normativos y no normativos, en la salud o en la enfermedad.

Para efectos de este capítulo señalaré de forma concreta dos modelos que funcionan muy bien a nivel de pre-grado para valoración familiar: el Modelo de Evaluación Familiar de Calgary y el Modelo de Rutinas Familiares desarrollado por Denham.

## **Modelo de Evaluación Familiar de Calgary**

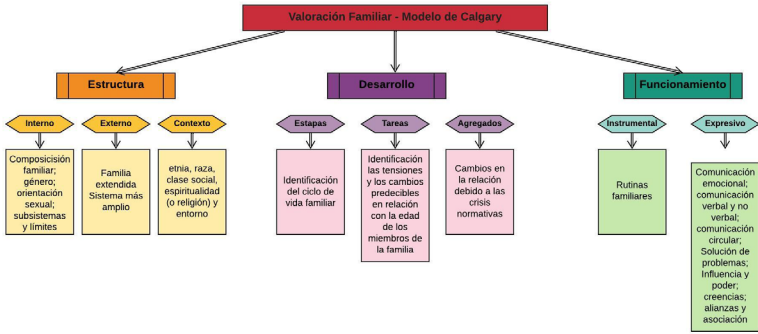
Proporciona un marco multidimensional integrado. Es ampliamente utilizado en enfermería familiar y sirve para valorar estructura y funcionamiento familiar. Sus siglas en inglés (CFAM) se compone de tres categorías principales que incluyen: estructura, de desarrollo y funcional (7,8).

En cuanto a la valoración estructural: el modelo muestra una valoración a lo interno que estudia la composición familiar, el género y la orientación sexual como factores que se pueden convertir en conflicto por las creencias y prácticas de cada familia, esto indaga sobre la función de aceptación. El siguiente aspecto que analiza lo interno, es la valoración de cada subsistema, los límites relacionados con el establecimiento de normas y lo entendido por disciplina. La valoración a lo externo se refiere al análisis que brinda información acerca de la relación entre la familia nuclear y la extendida, ya que ayuda a observar las relaciones familiares en un plano más amplio. Finalmente, el contexto nos permite incorporar variables como la raza, la etnia, la clase social y la espiritualidad o religión (3,7).

La valoración del desarrollo: Nos indica la valoración del ciclo familiar con base a la clasificación de Evelyn Duvall, las tareas con la identificación de las tensiones y los cambios predecibles en relación con la edad de los miembros de la familia, los anexos se refieren a los cambios en la relación debido a la crisis normativa (3,7).

La valoración del funcionamiento: Analiza lo instrumental que está referido a las rutinas familiares y lo expresivo que tiene que ver con la función afectiva. Incluye comunicación emocional (verbal y no verbal), la comunicación circular, la solución de problemas, la influencia/poder de las diadas relacionales parental-filial o filio-parental, las creencias y asociación o alianza entre los miembros de la familia (3,7).

**Figura 1.** Modelo Familiar de Calgary



Fuente: Basado en el esquema presentado por Kaakinen et, al. (2015).

## Modelo de valoración de rutinas familiares

De acuerdo con lo expresado por Denham (2002), el Modelo de Valoración de Rutinas Familiares (Tabla 1) es una excelente herramienta de valoración para familias con problemas de salud que impacten significativamente su funcionamiento (9). La importancia de este modelo para la enfermería es que se pueden analizar las rutinas diarias y registrar comportamientos específicos. Como ejemplo de su aplicación vale la pena mencionar a las familias donde uno de sus miembros es diagnosticado con cáncer, en este caso se puede ver afectada la rutina familiar por la cantidad de horas que se debe dedicar al tratamiento o monitoreo de la enfermedad.

La misma autora expresa textualmente:

Los miembros de la familia pueden reconstruir verbalmente los rituales familiares que proporcionan información sobre formas en que las familias organizan la interactividad de sus vidas y encuentran significado en estas interacciones. Las rutinas familiares brindan información más discreta sobre áreas explícitas de la vida familiar y de los miembros interrelacionadas con el problema de salud o enfermedad o que podrían estar en riesgo o interrumpirse debido a problemas de salud (9).

**Tabla 1.** Resumen de los componentes del modelo

1) Rutinas de autocuidado en cuanto a los componentes: Dietético, Higiene, Sueño-Descanso, Actividad física y ejercicio, Género y sexualidad.	2) Rutinas sobre seguridad y prevención: Protección de la salud, La prevención de enfermedades, Tabaquismo, Abuso y violencia, Abuso de alcohol y sustancias	3) Comportamientos de salud mental: Autoestima, Integridad personal, Trabajar y jugar, niveles de estrés.
4) Cuidado familiar: Diversión familiar (p. ej., actividades de relajación, pasatiempos, vacaciones), Celebraciones, tradiciones, eventos especiales, Prácticas espirituales y religiosas, Mascotas, Sentido del humor.	5) Atención de enfermedades: Toma de decisiones relacionadas con la consulta médica. Uso de los servicios de atención médica, Seguimiento de los regímenes médicos prescritos.	6) Cuidado de miembros: Enseñanza de la salud (es decir, salud, prevención, enfermedad, enfermedad). Funciones y responsabilidades de los miembros. Acciones de apoyo de los miembros.

La/el enfermera/o durante su práctica profesional debe trabajar con enfoque familiar, eso dependerá en gran medida de la actitud de la disposición que tenga el/la profesional para asumir este trabajo. Sin embargo, la disposición no lo es todo porque en gran medida depende de las características del sistema nacional de salud, la educación recibida y la conciencia sobre la importancia que tiene proporcionar cuidado integral a la familia en todos los niveles de la atención de salud.

## Referencias

1. CIE. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería. 2012; 1-12 pág. Disponible en: [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)
2. Bratz, J, and Sandoval-Ramirez, M. Competencias éticas para el desarrollo del cuidado en enfermería. Rev Bras Enferm. 2018; 71(4):1810-4. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0539>
3. Kaakinen J, Coehlo D, Tabacco ARS, May & Hanson H. Family health care nursing: theory, practice, and research. 5th edition. 2015; Davis Company.
4. MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Dirección Nacional de Articulación del SNS y Red, Ecuador. 2018; 1-214.
5. MSP. Manual de Procedimientos para la aplicación de la Ficha Familiar 2014-2015. 2014; 1-98.
6. NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11a ed. Barcelona: Elsevier España S.L.U.; 2019.
7. Shajani Z & Snell D. Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention. 2019. 7<sup>th</sup> Edition. F.A DAVIS: Canadá.
8. Oliveira P, Maia N, Resende S, Macedo S, Rodrigues B & Aguiar F. Use of the Calgary Family Assessment Model in structural, developmental and functional assessment of the family of mastectomized women with breast cancer. Cogitare Enferm. 2015; 20(4): 661-69.
9. Denham S.A. Family Routines: A Structural Perspective for Viewing Family Health. Advances in Nursing Science. 2002; 24(4): 60-74.

# CAPÍTULO III. Cuidado de la enfermera a la mujer embarazada en el núcleo familiar

*Autora: María Teresa Benavides.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador*

*El embarazo es un tipo de milagro, ya que prueba que un hombre y una mujer pueden conspirar para forzar a Dios a crear una nueva alma.*

**Robert Anton Wilson**

## **Introducción**

En los últimos 20 años en la Región de las Américas se ha avanzado enormemente en la reducción de la razón de mortalidad materna (RMM), ha disminuido un 43%; sin embargo, más del 35% de muertes se produce en el quintil de menor nivel de educación. Dentro de los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Meta 3.1. plantea reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para 2023. Una de las metas es aumentar el acceso a las intervenciones para mejorar la salud de las mujeres y los niños antes de la concepción, durante el embarazo, el parto y los primeros años de vida garantizando la calidad de la atención(1).

Actualmente los países de América Latina están atravesando por un cambio epidemiológico, llamado “transición obstétrica”; este concepto significa que los países reflejan disminución de los indicadores de mortalidad materna, ya que se han modificado las principales causas maternas prevenibles. Para superar esta transición obstétrica los países

en vías de desarrollo deben fortalecer los sistemas de salud, superar los problemas de equidad, desarrollo de una infraestructura mínima, capacitación al recurso humano y una sostenibilidad de excelencia en la atención de calidad (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal(3). La normativa internacional de derechos humanos incluye el compromiso fundamental de los Estados de lograr que las mujeres y las adolescentes sobrevivan al embarazo y el parto como un aspecto de su disfrute de los derechos a la salud sexual y reproductiva, y a vivir una vida con dignidad. La visión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un mundo donde “todas las embarazadas y todos los recién nacidos reciban una atención de buena calidad a todo lo largo del embarazo, el parto y el período posnatal”(3).

En este capítulo se aborda la importancia del cuidado de la enfermera en la mujer embarazada y su entorno familiar; aquí se identifican factores de riesgo modificables y no modificables que influyen en el bienestar materno y de la familia. Se pueden presentar en los sistemas de relación de Von Bertalanfy (micro, meso y macro sistema), definido por la Teoría de Adaptación del Rol materno de Ramona Mercer. Se describe también los estadios que la madre atraviesa en la adaptación de su embarazo, así como los objetivos del cuidado de enfermería y el rol dinámico, participativo y de seguimiento que la enfermera debe proporcionar a la madre, el padre y el apoyo a la familia en este proceso natural.

## **El papel de la enfermería en la atención integral durante el embarazo**

Una de las estrategias que los países miembros de la OMS es cumplir con la reducción de la RMM y neonatal. La aplicación de la normativa ESAMyN ha sido una adaptación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) propuesta por la OMS/UNICEF; consiste en la Certificación de Establecimientos de Salud que atienden a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio en instituciones como Amigos de la Madre y del Niño, donde se garantiza una atención adecuada a la gestante, un parto humanizado, con apoyo, protección y fomento de la lactancia materna(4).

En este contexto los profesionales de la salud deben estar capacitados y orientado en la normativa para su cumplimiento. Dentro del equipo de salud están los profesionales de enfermería, que ejecutan la gestión del cuidado, definido como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que garantizan la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final, la salud”(5).

La contribución de la enfermería hacia la mujer embarazada y su familia es educar y fortalecer en ella, el padre y su familia, la conciencia del valor de la salud; proveer cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados. Además de cuidar a la futura madre durante el embarazo, así como a su hijo, durante el parto y el puerperio, establecer con las gestantes y sus familias una relación de confianza y entendimiento, fortalecer la participación del padre; reconocer las necesidades, los problemas y actuar en base a conocimientos, juicio, medios disponibles y recursos para crear de esta manera un clima de armonía y seguridad(6).

La enfermera, al dar cuidados a la mujer embarazada debe tomar en cuenta todas sus necesidades alteradas al aplicar el Proceso de atención de enfermería (PAE) en un embarazo normal sin riesgo y en embarazos con riesgos donde existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación, el parto, postparto y que aumentan los peligros para la salud de la madre y el niño (7).

Durante el embarazo pueden existir muchos factores de riesgo que deben ser identificados en el control prenatal donde se debe incluir la valoración del estado de salud de la embarazada, aplicación de score mama, cálculos gestacionales, identificación de problemas físicos, psicológicos, sociales para fortalecer la prevención y promoción de la salud.

## **Objetivos del Cuidado de la Enfermera en la Atención Prenatal en el Núcleo Familiar y Factores de Riesgo**

Entre los objetivos del cuidado de enfermería en la atención materno-neonatal se debe tomar en cuenta los siguientes:

- - Gestionar el cuidado de Enfermería frente a los problemas de salud más frecuente que aquejan a la mujer y recién nacido.
- - Desarrollar habilidades y destrezas en la aplicación de técnicas y procedimientos que se aplican en la atención de calidad a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y atención al neonato; y el trato a la familia con sensibilidad, comunicación empática, respeto a la vida, equidad de género, autonomía, y responsabilidad.
- - Aplicar el proceso de enfermería en la atención de la mujer en el embarazo, parto y puerperio; así como la atención al recién nacido, y a la familia con calidad, respeto a la vida, equidad de género, autonomía, y responsabilidad.
- - Brindar atención de enfermería de acuerdo a los preceptos éticos en relación a conflictos morales que pueden plantearse en situaciones específicas de la atención de la mujer.
- - Intervenir mediante la aplicación del proceso de enfermería de manera veraz y oportuna en la prevención, promoción e identificación de factores de riesgo para la salud materna y de la familia
- - Participar e interactuar con el equipo multidisciplinario de salud en la toma de decisiones
- - Fortalecer la integridad y participación de la familia en el proceso de embarazo, parto, puerperio, recién nacido, generando un apego y vinculación afectiva, relaciones interpersonales favorables y el empoderamiento familiar en su proceso biológico.
- - Contribuir a través de la participación o generación de proyectos de investigación en la promoción y la asistencia de la salud de la mujer y el neonato.

El control prenatal tiene como objetivo aplicar una serie de actividades y procedimientos a la mujer durante su periodo de gestación, para que el equipo de salud de donde la enfermera forma parte pueda, identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. Se pueden identificar varios factores de riesgo modificables (cuadro 1) y no modificables (cuadro

2). Se considera un factor de riesgo modificables aquellas característica o exposición de un individuo que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, el cual puede ser prevenible y controlado(7).

### Cuadro 1. Factores de riesgo modificables

Aspecto de Salud	Comportamientos	Aspecto Social	Aspecto Ambiental
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control insuficiente del embarazo</li> <li>• Bacteriuria asintomática</li> <li>• Poca información sobre S y S de alarma</li> <li>• Violencia Obstétrica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol, droga</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Alimentación no saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuado apoyo familiar</li> <li>• Esfuerzo físico excesivo, carga horaria,</li> <li>• Violencia intrafamiliar</li> <li>• Historia de abuso sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambientes contaminados</li> <li>• Deforestación</li> <li>• Contaminación del agua, tierra</li> </ul>

Los factores de riesgo no modificables son aquellas característica que aumenta la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, la cual no puede ser revertido(7).

### Cuadro 2. Factores de Riesgo no modificables

Morbilidad Preexistente	Aspecto Fisiológico	Aspecto Social	Condiciones Económicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades hereditarias</li> <li>• Enfermedades crónicas: HTA, diabetes</li> <li>• Incompatibilidad RH</li> <li>• Embarazos gemelares</li> <li>• Antecedentes de sangrado</li> <li>• Enfermedades ITS, IVU, malformación fetal, RP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja estatura</li> <li>• Bajo peso preconcepcional</li> <li>• Distocias óseas, de tejidos y fetales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja escolaridad</li> <li>• Condiciones psicosociales desfavorables: estrés</li> <li>• Edad menor de 16 años y mayor a 34 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda deficiente</li> <li>• Desocupación</li> <li>• Insuficientes servicios básicos</li> </ul>

El profesional de enfermería debe identificar los factores de riesgo en la etapa de valoración Obstétrica; la primera etapa del PAE, para la iden-

tificación de necesidades alteradas en el aspecto físico, emocional, psicológico y social, tomando en cuenta el enfoque de derechos, de igualdad e inclusión social, de género, sexualidad integral, interculturalidad y de participación.

Es primordial que la enfermera tome en cuenta todos los factores de riesgo del entorno intra y extrafamiliar, que afecta a la salud de la madre y del niño. Esto se logra con la aplicación de la primera etapa del proceso de atención de enfermería, que se reflejara en las actividades de enfermería planificadas.

## **Teoría de Enfermería aplicada a la adaptación del rol materno de Ramona Mercer**

Una de las teorías de enfermería de rango medio que se puede aplicar en la gestión del cuidado de la mujer embarazada en el núcleo familiar es la Teoría de Adaptación del rol materno de Ramona Mercer (gráfico 1). Mercer se basa en la teoría de Von Berrtelanfy, y en los planteamientos de Bronfenbrenner, sobre los roles de unión y de cuidado. Además, utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de tres sistemas:

1. **Microsistema:** atribuido al entorno familiar (relación padre-madre-hijo), donde puede existir una mutua relación y comunicación entre ellos y también un funcionamiento familiar con dificultades y estrés familiar. En un entorno saludable la Madre y/o Padre desarrolla empatía- sensibilidad hacia las necesidades de su familia, se da el rol de identidad maternal (confianza, competencia, satisfacción, unión a su familia), mientras el niño desarrolla la capacidad cognitiva, mental, psicológica y competencia social.
2. **Mesosistema:** atribuido a los ambientes con los cuales la familia tiene un contacto continuo y se relacionan para satisfacer sus necesidades físicas, económicas y sociales. Estos ambientes pueden ser la escuela, colegio, entorno laboral, lugares de culto, centros de salud y otras entidades de la comunidad.
3. **Macrosistema:** se toma en cuenta las leyes nacionales respeto a las mujeres, hombres y niños, entorno cultural transmitido, cuidados de la salud y normativas políticas- sociales que se relacionan con la salud del entorno familiar (8). (Gráfico 1)

**Gráfico 1.** Círculos de Relación de Von Berrtelanfy



Mercer desarrolla los metaparadigmas donde **Persona** refiere a la familia: madre, padre e hijo, dentro de ambientes como la escolaridad, toma en cuenta el nivel de relación entre ellos, la unión. La comunicación puede influir en el desarrollo positivo y negativo del funcionamiento familiar y por ende afecta el proceso del rol maternal. En cuanto al **cuidado enfermero**, se define como el cuidado encargado de promover la salud en las familias en cada una de las etapas que la madre debe pasar durante su maternidad. La **salud** se concibe como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. También considera el estado del recién nacido, en cuanto a su enfermedad y creencias de los padres respecto a su salud. Este entorno familiar se puede ver afectado por el estrés del parto, parto y post parto, afectándose la adopción al rol materno. Por último, en cuanto al **entorno** expone que hay una adaptación mutua entre la persona en desarrollo y las propiedades cambiantes de los ambientes inmediatos, las relaciones entre los ambientes y los contextos más grandes en los que se incluyen los ambientes del meso y macrosistema(9).

## **Estadios de la Adquisición del Rol Maternal**

La adopción del rol sigue cuatro estadios de adquisición del rol:

1. **Anticipación:** adaptación social y psicológica de la mujer a ser madre. La madre experimenta los cambios que suceden durante su periodo de embarazo.

2. **Informal:** la madre asume su rol de manera particular, independiente del sistema social, va viviendo todos los cambios en el cuidado de su hijo.

3. **Personal:** la madre afirma su rol maternal conforme va adquiriendo poco a poco habilidad, en el cuidado de su hijo.

4. **Formal:** la mujer adopta el rol de madre luego del nacimiento de su bebe, en la cual adquiere confianza en sí misma para el cuidado de su hijo.

Estos estadios se ven modificados por el desarrollo del niño, estos se ven influidos por el apoyo social, estrés, el funcionamiento de la familia y la relación entre la madre, el padre o algún otro familiar. Las características y conductas maternas son la empatía, la sensibilidad a las señales emitidas por el niño, la autoestima y el auto concepto, mientras que las características del niño que afectan la identidad del rol materno son el temperamento, la apariencia, la capacidad para enviar mensajes, la respuesta, características generales y la salud (10).

La etapa de la identidad del rol personal se consigue cuando la madre ha integrado el rol en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, esta emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía. Mercer afirma que la identidad del rol tiene componentes internos y externos. La identidad es la visión interiorizada de uno mismo y el rol es un componente conductual externo.

## **Rol de la Enfermera Durante el Embarazo**

Una vez revisados el perfil epidemiológico y los factores de riesgo que afectan la salud de la mujer embarazada y se ha aplicado la teoría de enfermería, se puede considerar que el fin del cuidado de la enfermera es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y bienestar óptimos para la madre y su hijo.

En el sentido más amplio, la asistencia de la enfermera se centra en mantener la salud, promoción y prevención de factores de riesgo, así como hábitos saludables que favorecen el desarrollo de un embarazo sin riesgos físicos, sociales, ambientales y psicológicos. Esta atención debe ser holística; en la cual se fomente el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares. También se ocupará de la preparación

para las responsabilidades que impone la maternidad, paternidad, y el desarrollo de juicio y capacidades que permitan a los padres afrontar estas responsabilidades de una manera segura y satisfactoria (11).

El embarazo es un periodo en el cual la mujer experimenta múltiples cambios en cuanto a la nutrición, vestido, aspecto, sentimientos, respuestas, deseos sexuales, trabajo, actividades sociales, recreativas, descanso, sueño, relaciones con su familia y sus amistades, vida diaria y planes a largo plazo; por lo cual la enfermera debe estar preparada para solventar todas las necesidades, dar respuestas a las mismas y lograr un empoderamiento de la madre en su rol de mujer embarazada, como sujeto de derechos, que deben ser respetados en todo momento en el proceso de maternidad y de lactancia.

Hay que tomar en cuenta también al hombre de la familia, como acompañante conyugal y futuro padre, el cual debe participar en todas las actividades del embarazo, parto y post parto, preocuparse no sólo de la seguridad económica, sino de fomentar el bienestar físico, social y emocional de la mujer durante este proceso de maternidad y de mantener un ambiente familiar funcional, desde el inicio del embarazo hasta después del nacimiento de su hijo, desarrollando la función de protección y apoyo permanente(12).

El rol de la enfermera en la atención de la mujer embarazada lo puede ejecutar en el modelo de atención Integral de salud (MAIS) en el primer, segundo y tercer nivel de atención. Puede responder a las necesidades encontradas en la mujer, el padre y el hijo a través de actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades tanto individuales y familiares; siendo la enfermera la encargada de la orientación, valoración y la planificación del cuidado con aplicación del proceso de atención durante el estado de embarazo, parto y post parto. Por lo tanto, el rol que la enfermera debe encargarse en el cuidado a la mujer en el embarazo a nivel familiar se enmarca en:

- Asesoría en el cuidado prenatal, generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de cubrir las expectativas y lograr satisfacción de la mujer en el embarazo en todas sus necesidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales (13).
- Revisión de la historia clínica perinatal como un instrumento que permite valorar los antecedentes, factores de riesgo durante

la gestación, signos de alarma que puedan orientar el control y seguimiento continuo durante todo el embarazo.

- Cuidado integral a la mujer embarazada y su pareja en el entorno familiar a través de actividades de seguimiento en promoción, prevención y recuperación de la salud para evitar complicaciones.
- Acompañamiento y consejería continua sobre cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales que le ocurren a la mujer embarazadas, enfermedades más frecuentes, signos y síntomas de alarma, seguimiento de factores de riesgo y educación en hábitos saludables.
- Inclusión del padre como protagonista en las diversas actividades del embarazo, parto, post parto, nacimiento de su hijo (a) y en la crianza.
- Formulación de un plan de cuidados aplicando el proceso de atención de enfermería a través de intervenciones con la embarazada, acompañante, y familia, considerando sus expectativas, necesidades y factores de riesgo.
- Participación con los futuros padres sobre el cuidado de su hijo por nacer, con el fin de disminuir los miedos y preocupaciones frente al bienestar y salud de su hijo (a)(14).
- Aplicación en casa a la mujer embarazada de procedimientos terapéuticos de seguimiento, aplicando normas de bioseguridad y un cuidado seguro.
- Colaboración de actividades terapéuticas con el resto del equipo de salud para promover el cuidado interprofesional centrado en la diada materno fetal.
- Implementación de cursos de psicoprofilaxis para la maternidad y la paternidad, facilitando la interpretación y comprensión de los significados en el embarazo, preparación para el parto y cuidado futuro de su hijo (a).
- Educación a la gestante y su familia para prevenir factores de riesgo, así como la detección temprana de las alteraciones durante

el embarazo, signos de alarma, cambios durante la gestación, malos hábitos, o conductas de riesgo, cuidados en el nacimiento, puerperio y con el recién nacido (15).

- Comunicación, confianza y empatía eficaz con la mujer embarazada acerca de hábitos saludables, que incluye aportar información sobre las fuentes alimentarias de vitaminas y minerales y la diversidad, garantizando una atención prenatal de buena calidad (16).
- Referencia a la mujer embarazada a otras especialidades del servicio de salud, en cualquier momento del cuidado.
- Empoderamiento a la madre gestante, pareja, familiar en el proceso de embarazo, respetando los derechos de la salud sexual y reproductiva (17).
- Visitas domiciliarias de seguimiento a mujeres embarazadas de riesgo, que requiere de una atención de enfermería continuo para el control de su proceso de maternidad, parto, postparto y cuidados del recién nacido (18).

## **Tendencias Actuales en la Profesión de Enfermería en el campo Materno**

Los procesos formativos y el desarrollo de recursos humanos competentes, con habilidades para enfrentar nuevos retos de la profesión de enfermería, influyen en la atención que se brinda a la sociedad, proporcionando seguridad y calidad a la población en los servicios de salud. La OPS, propuso la reorientación de la educación permanente del personal de enfermería, para la transformación de los servicios de salud (19).

En este contexto, es imprescindible presentar el Rol de la Enfermera (o) de Práctica Avanzada (EPA) en la atención primaria de salud como respuesta, por un lado, a las crecientes necesidades de salud de la población y, por el otro, al déficit en el acceso de la población. Una enfermera de práctica avanzada es “una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para ampliar el ejercicio profesional, cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer” (20).

Los roles ampliados de las EPA propuestos para los países de América Latina son:

1. Nurse Practitioners: enfermeras con formación de maestría, que asistirían a los usuarios con diagnósticos de enfermedades agudas leves y crónicas.
2. Enfermera Gestora de casos: que participaría en las redes integradas del sistema de salud actuando como elemento de alianza e integración de la atención al paciente entre los niveles de la asistencia.
3. Enfermera de Práctica avanzada: especialista en Obstetricia, que asistiría a la mujer embarazada(19)

Las evaluaciones del impacto de la EPA en la atención de salud han evidenciado una alta tasa de satisfacción usuaria, puesto que las enfermeras tienden a pasar más tiempo con el paciente y a proporcionar más información y asesoramiento.

Los dominios de las competencias esenciales para la EPA son:

1. La experiencia en la práctica clínica, que implica las competencias de consultor, colaborador, comunicador, uso de pensamiento crítico, y habilidades avanzadas de valoración (examen físico, pruebas diagnóstico con su interpretación), intervención y evaluación; así como habilidades de toma de decisiones éticas, trabajo en equipo (para referencias) según el caso, utilización de herramientas de liderazgo diagnóstico y tratamiento.
2. Educador: con las competencias de educación, mentor y modelo del rol.
3. Investigación: capacidad para la monitorización y mejora de la calidad de los cuidados y efectividad de su propia práctica y de los demás. Evaluación y selección de la mejor evidencia en la literatura y translación a la práctica. Asimismo, puede realizar sus propias investigaciones y publicar en revistas científicas.
4. Desarrollo profesional propio y organizacional: incluye las competencias de agente de cambio y liderazgo, generando sistemas de gobernanza, implementando protocolos basados en evidencia,

optimizando procesos, políticas y guías clínicas, incluyendo las competencias de administración como el desarrollo de políticas y de implementación, y la toma de decisiones, generando de forma proactiva las innovaciones en la práctica (21).

En su práctica profesional las EPA desarrollan los siguientes dominios:

- Alto grado de autonomía profesional y práctica independiente.
- Gestión de casos/casos propios.
- Capacidades avanzadas de evaluación de la salud, capacidades de adopción de decisiones y capacidades de explicación de diagnósticos.
- Competencias clínicas avanzadas reconocidas.
- Prestación de servicios de consultoría a los dispensadores de salud (22).

La ampliación del rol de las enfermeras licenciadas en el primer nivel de atención a la salud no pretende, de ninguna manera, sustituir cualquier otro rol profesional de salud sino, por el contrario, complementarlo, además de contribuir a que la población cuente con el acceso y la cobertura de los servicios profesionales más calificados de la enfermería.

La EPA especialista en Obstetricia puede valorar el estado de salud de las mujeres embarazadas, proveer el seguimiento del tratamiento clínico, educar a la mujer en su proceso de embarazo, parto, puerperio, lactancia y cuidado del recién nacido; así como a la familia y sus necesidades, prevención de enfermedades y el mantenimiento de su salud, a través de la valoración y reducción de riesgos individual y familiar. Recomendar hábitos saludables, brindar asesoría sobre el curso de su embarazo, parto, post parto y en periodo de lactancia involucrando a la familia en este proceso conjunto(23).

También incluye la colaboración con otros profesionales de la salud (médicos, obstetricias, psicólogos, trabajadores sociales, odontólogos), que permita determinar los mecanismos de interacción entre ellos; definir la visión de práctica, el establecimiento de normas y el desarrollo de protocolos, proveer programas educativos, evaluar el

impacto y determinar las necesidades y momento más oportuno del involucramiento de los distintos proveedores de salud (24).

## **Conclusiones**

- La contribución de la enfermería hacia la mujer embarazada y su familia es cuidar holísticamente respetando los derechos de madre, padre y del recién nacido en este proceso, así como establecer una relación de empatía, confianza, comunicación directa, empoderamiento y la participación del padre, logrando satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales alteradas a través de la aplicación de un plan de cuidados de enfermería que garantice un seguimiento oportuno.
- Durante el embarazo pueden existir muchos factores de riesgo que deben ser identificados en el control prenatal, ya que la enfermera es el primer contacto que tiene la madre en el proceso de atención, en el cual pueda aplicar la valoración obstétrica para la identificación de problemas físicos, psicológicos, sociales existentes y fortalecer la prevención y promoción de la salud.
- Al recibir la madre, el padre y la familia la información suficiente sobre el proceso del embarazo, parto, postparto y lactancia, se puede lograr una participación activa, toma de decisiones informadas, vinculación afectiva, relaciones interpersonales favorables y el empoderamiento familiar en su proceso biológico.
- La aplicación de la gestión del cuidado de enfermería en la mujer embarazada y la familiar debe estar relacionado con el entorno que plantea Mercer para determinar las relaciones entre los ambientes del micro, mesa y macro-sistema que pueden afectar el proceso del embarazo, parto, post parto y en lo futuro al cuidado del recién nacido.
- El embarazo es un periodo en el cual la mujer experimenta múltiples cambios, que deben ser resueltos a través de una atención integral, oportuna, inmediata y segura, logrando en la mujer un empoderamiento en su rol de mujer embarazada, esposa siendo sujeto de derechos, que deben ser respetados en todo momento en el proceso de maternidad y de lactancia.

- La participación del hombre en este proceso, como acompañante conyugal y futuro padre, debe ser protagónico en todas las actividades del embarazo, parto y post parto, preocuparse no sólo de la seguridad económica, sino de fomentar el bienestar físico, social y emocional de la mujer durante este proceso de maternidad y de mantener un ambiente familiar funcional.
- La oferta actual del cuidado de calidad en enfermería en campo materno neonatal, se basa en las EPA. Para lograr un mayor acceso y cobertura universal en salud, que promueva intervenciones directas de cuidado avanzado en la mujer embarazada, en el parto y post parto enfocadas en una valoración integral, que le permiten realizar diagnósticos diferenciales, emprender la gestión de casos, proporcionar intervenciones terapéuticas complejas o avanzadas, ser guía clínica profesional que brinda apoyo, consultoría y tutoría de otras disciplinas del área de salud, coordinación con equipo profesional multidisciplinario, fomento de la promoción, prevención en salud y el desarrollo de la investigación.
- Se debe fortalecer en los países de América Latina y el Caribe la educación de cuarto nivel (maestrías y especialidades) para que puedan formarse y buscar posiciones políticas que permitan la toma de decisiones en cuanto a la legislación y normativa profesional.

## Referencias

1. OPS/OMS. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud Desarrollo Sostenible y Equidad en Salud [En ligne]. Washington D.C.; 2016 [cité le 31 déc 2022]. p. 1-113. Disponible: [www.paho.org/publications/copyright-forms](http://www.paho.org/publications/copyright-forms)
2. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* [En ligne]. John Wiley & Sons, Ltd; 2014 [cité le 31 déc 2022];121:1-4. Disponible: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1471-0528.12735>

3. OMS/OPS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo [En ligne]. OMS/OPS Salud Materna 2022 p. 1-180. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
4. MSP [En ligne]. Pública M de S. Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño (Esamyn); 2008 [cité le 31 oct 2019]. Disponible: <https://www.rae.es/>
5. Rodríguez I. Cuidado de enfermería en etapa prenatal en la jurisdicción No 10 de Tehuacán Puebla. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. 2014.
6. Colmenares Z, Montero L, Reina R, González Z. Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada [En ligne]. Vol. 9, *Enfermería Global*. 2010. Disponible: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/93631>
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica [En ligne]. 2016. 48 p. Disponible: [http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia Control Prenatal.pdf](http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf)
8. Mercer R. A Theoretical Framework for Studying Factors that Impact on the Maternal Role. *Nurs Res* [En ligne]. 1981 [cité le 3 janv 2023];2:73-7. Disponible: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000200009)
9. Alvarado L, Guarín L, Cañón-Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la Unidad Materno Infantil. *Cuidarte* [En ligne]. 2011 [cité le 3 janv 2023];2(1):195-201. Disponible: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732011000100015](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732011000100015)
10. Alvarado L, Guarín L, Montañez W. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de Enfermería binomio madre-hijo. *Rev Mex Neurocienc* [En ligne]. 2011;17(2):195-201. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a15.pdf>

11. Herrera J, Cusme A. Rol educador del profesional de Enfermería percibido por las gestantes durante el control prenatal. Rev Ocronos [En ligne]. 2020 [cité le 26 févr 2023];3(8):1-38. Disponible: <https://revistamedica.com/rol-educador-enfermeria-gestantes-control-prenatal/>
12. Pérez ME. La enfermera como educadora de la embarazada y su nucleo familiar. •Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá. 1996;(3):102-6.
13. OMS/OPS Salud Materna [En ligne]. OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado; 2016 [cité le 26 févr 2023]. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
14. Ecuador ST del PT una V. Intervención Emblemática. Misión Ternura. Toda una Vida [En ligne]. 2018 p. 1-54. Disponible: <https://www.todaunavida.gob.ec/>
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Asesoría en salud sexual y reproductiva. 2017. pp. 1-58 p.
16. Fabre González E, Alcalá PM, Carazo Hernández B, Orós López D. Consulta prenatal. Dans: Obstetricia . 7ma edició. España; 2018. p. 1-23.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. Quito-Ecuador; 2017.
18. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Cuidados centrados en la persona y familia. Unidad de Investigación en cuidados y servicios de salud INVESTEN ISCIH 2015 p. 115.
19. Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de Salud. Ampliación del rol de la enfermeras y enfermeros en la Atención Primaria de Salud [En ligne]. Washington; 2018 [cité le 16 juin 2020]. 1-54 p. Disponible: [www.paho.org](http://www.paho.org)
20. OPS/OMS. Cumbre Enfermería de Práctica Avanzada: Informe acceso universal a la salud y cobertura universal de Salud. 2015.

21. Salud OP de la salud y OM de la. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. OPS. [En ligne]. Washington : Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2018. 1-54 p. Disponible: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34959/9789275320037\\_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
22. Moran-Peña L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enerermería Univ* [En ligne]. 2017 [cité le 27 févr 2023];14(4):219-23. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706317300696>
23. Rodrigo Facio C, Bustos Alfaro E. Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el contexto de Latinoamérica. *Rev Enfermería Actual*. 2019;37:2511-4775.
24. Zenzano T, Allan JD, Bigley MB, Bushardt RL, Garr DR, Johnson K, et al. The roles of healthcare professionals in implementing clinical prevention and population health. *Am J Prev Med* [En ligne]. Elsevier Inc.; 1 févr 2011 [cité le 27 févr 2023];40(2):261-7. Disponible: <http://www.ajpmonline.org/article/S0749379710006161/fulltext>

# CAPÍTULO IV. Adaptación y salud emocional de la persona con discapacidad en el núcleo familiar

*Autor: Ronald Serrano Cazorla.  
Docente de la Carrera de Enfermería.  
Universidad Central de Venezuela.*

## **Introducción**

Referirnos a la familia en tiempos actuales nos lleva a revisar un conglomerado de prácticas, saberes, acciones y reformas que han venido ocurriendo en esta institución social fundadora de la civilización humana. La carrera de Enfermería está abierta a acoger estas nuevas visiones, sin embargo, desde la mirada de la salud mental, la familia sigue siendo apreciada como un sistema social. En este sentido, en este capítulo haremos una revisión sobre sus características, funciones y algunas estrategias que se pueden adaptar para recibir, apoyar y procurar la socialización de uno de sus integrantes cuando este posee como condición una discapacidad.

## **La familia como sistema social**

Para Boyd la familia es “un sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común” (1). Esta condición de sistema social dota a la familia de una serie de características, entre las que destacan: que todo lo que sucede en ella es producto de las relaciones e interacciones que ocurren entre sus miembros, dentro de estas relaciones, nos daremos cuenta de que se forman diadas, tipo de relación que se da entre dos miembros que se responden mutuamente, tal es el caso de los padres o pareja fundadora. También se forman alianzas; unión entre dos o

más miembros para lograr un objetivo común, coaliciones relación entre dos o más miembros que tiene como propósito ir en contra de un tercero y triangulaciones las cuales son interacciones en las que dos miembros en conflicto manifiesto o encubierto involucran a un tercero para darle salida al conflicto, la más común es la de los padres que involucran a un hijo en el subsistema conyugal (2). Este tipo de interacciones configuran a lo interno de esta entidad social, la aparición de ciertos roles en uno o más de sus miembros entre los que destacan el marginado, el chivo expiatorio y el satélite.

El marginado en la familia como en todo grupo, es aquel miembro al que se le niega la participación en las actividades y beneficios de la familia, mientras que el chivo expiatorio es aquel integrante de la familia al que se le achacan todas las culpas, independientemente de su participación o no en el proceso; se utiliza para eximir a los verdaderos responsables de la situación, y el satélite es aquel miembro de la familia excluido del grupo y el cual hace su aparición de manera esporádica, altera o soluciona procesos y vuelve a desaparecer.

El desarrollo y finalidad de la familia, no puede predecirse a partir de las características y acciones de los individuos que la conforman. También debemos considerar que está influida por factores étnicos, culturales y socioeconómicos propios del ambiente donde está inserta y hacen vida sus integrantes, por lo que puede considerarse un sistema abierto al cambio, en una relación de dinámica de ajuste y reajustes constante. Estas características permiten que la familia cumpla con sus funciones, entre las que destacan la de reproducción, que en la actualidad está cuestionada por la aparición de nuevos modos de familia, y la de socialización de sus miembros al transmitir los valores y normas sociales. Servir de contexto para que sus integrantes puedan desarrollarse física y emocionalmente; lo que realiza a través de otra función: el apoyo en la satisfacción de las necesidades de cada uno de los individuos que la conforman y de la familia como grupo.

La familia ha de ser capaz de velar por el mantenimiento de la salud de sus miembros, brindar protección física y emocional, ser una fuente de afecto y constituir la zona de límite con respecto a otros sistemas sociales (3). Estas funciones se ven reflejadas en los procesos familiares los cuales podemos entenderlos como el resultado de las interacciones que se dan entre los miembros de una familia para garantizar su funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas, siguiendo un orden

y fin que les permite resolver los conflictos, encarar y solucionar los problemas, sortear el cambio natural o imprevisto y afrontar las crisis. Para la NANDA (2017) los procesos familiares pueden verse interferidos por cuatro factores: los cambios, la modificación de la estructura o dinámica familiar, las transiciones o crisis y la interacción comunitaria (4).

## **Factores que afectan los procesos familiares**

Un primer factor son los cambios de funciones, de la distribución de poder y del estado de salud de uno de los miembros de la familia, los cuales resultan generadores de alteraciones en el proceso familiar. Estas son situaciones que pueden incidir en el desenvolvimiento cotidiano de la familia, alterar su dinámica, generar conflictos y causar dificultades en la toma de decisiones o la resolución de problemas.

Un segundo factor son las modificaciones que ocurran en la estructura o dinámica familiar, aquí podemos nombrar dos elementos que están fuertemente vinculados con el contexto socio-político que rodea a la familiar; el primero es la condición social y el segundo la economía familiar. Este último incidirá marcadamente en el cumplimiento de las funciones familiares, entre las que destacan la satisfacción de las necesidades básicas de sus miembros, el aumento de conductas de estrés familiar, la ausencia de soporte emocional, alteraciones en la comunicación y en los estratos más bajos, el aislamiento de recursos comunitarios formales, así como el intercambio con grupos informales comunitarios que detentan el poder y presionan a la familia para que cumpla acciones paranormativas.

El tercer grupo de factores que alteran los procesos familiares son las transiciones o las crisis. Estos elementos han sido bien estudiados y contamos con marcos teóricos que sustentan el trabajo de la enfermería familiar con base en ellos. Con respecto a las transiciones o el desarrollo de la familia, está la propuesta de Duvall (1979) quien divide el ciclo vital de la familia en ocho etapas cronológicas, dentro de las cuales hay tareas que son fundamentales para que la familia funcione. Este desarrollo es universal y normativo, por lo que se espera que cada familia progrese a través de sus etapas de manera evolutiva y continua. Así, hitos como la formación de la pareja, matrimonio, nacimiento del primer hijo, inicio de escolaridad de los hijos, adolescencia de los hijos, madurez y posterior ancianidad de los padres, influirán en la

responsabilidad de la familia para proporcionar un entorno saludable para conseguir la satisfacción de necesidades individuales o grupales (5). Pero sabemos que no siempre la familia y los grupos humanos tienen una trayectoria lineal, por lo que se hace imprescindible hacer frente a esos imprevistos que tienen lugar y que alteran los procesos familiares, de allí que la teoría de la Crisis, aporta insumos para ayudar cuando la familia afronta una situación nueva que no puede resolver con sus métodos tradicionales. Dentro de estos podemos incluir un aborto, el nacimiento de un miembro discapacitado, el divorcio, una enfermedad, una muerte prematura, un asalto, un secuestro, la aparición de un fenómeno natural. Ante esta situación el enfermero ha de poner énfasis en ayudar a la familia a manejar la crisis como un grupo y evitar el surgimiento de chivos expiatorios o marginados, se ha de ayudar a identificar y clarificar el problema, qué lo provocó y cómo poder encararlo entre todos los integrantes.

Por último, la interacción comunitaria es un factor que incide en los procesos familiares, aquí debemos recordar que la familia es un subsistema que pertenece a los ámbitos comunales y estatales. De allí que desde el punto de vista formal si se emiten leyes y decretos, o se toman acciones a nivel político, económico, religioso, estas incidirán en el funcionamiento de la familia. Del mismo modo la pertenencia a organizaciones informales, tales como clubes deportivos, culturales, sociales, reuniones de vecinos, entre otros podrán crear ciertos conflictos con los recursos comunitarios o en el peor de las situaciones aislamiento de la familia del sistema social que ha de servirle de apoyo.

## **La teoría de rol y su aporte al abordaje de la familia como centros de los cuidados**

Además de tener un conocimiento claro del enfoque sistémico para interactuar con el grupo familiar, el enfermero ha de servirse de la mirada de la perspectiva de roles para poder analizar y dar respuestas a las demandas hechas por cualquier grupo familiar. Una de las funciones primordiales de la familia es la socialización, la cual garantiza la transmisión de valores y de aquellas conductas que garantizan la supervivencia y la satisfacción de las necesidades, para ello se sirve de varios mecanismos, entre los que destaca el moldeamiento, aprendizaje y cumplimiento de roles. Un rol puede definirse como las prescripciones y expectativas de los demás y uno mismo respecto de qué conductas se requieren en una posición en particular (6) De allí que sea un

medio para adquirir y practicar valores, actitudes y conductas durante nuestros intercambios sociales.

Como el rol lo practicamos con nuestros procesos internos, así como en nuestras relaciones con los otros, surgen a partir de él, una serie de relaciones e interacciones entre las que destacan el rol complementario, el cual es un requisito básico para que exista un rol. Cada rol necesita su contra-rol o rol complementario para justificar su presencia, así una madre ha de tener un hijo, un profesor un alumno y un enfermero un paciente; el rol complementario es aquel que se establece y ejerce en relación al ejercido por otra persona, dándole sentido y razón de ser. Cada rol genera una tensión de rol que no es más que la incomodidad experimentada por el sujeto cuando trata de cumplir con las expectativas de conducta asignadas al rol. Igualmente veremos la presencia de un conflicto de rol cuando una o más personas de la familia, tienen expectativas divergentes entre lo que esperan que haga y cómo ha de comportarse, lo que genera incongruencia e incompatibilidad, lo que generará insatisfacción, falta de compromiso y deterioro de la relación familiar; mientras que la confusión de rol ocurrirá en el momento que alguno de los integrantes del grupo familiar no tiene claridad de las funciones y tareas que tiene su rol, siendo el más significativo el del rol parental que se da cuando la madre o el padre son sustituidos por otros integrantes de la familia, o ejercen con ambigüedad la comunicación, disciplina y motivación del grupo familiar. Un período en el que para todos es aceptable una confusión de roles es en la adolescencia; época en la cual según Erikson hemos de resolver la tarea de la Búsqueda de la Identidad, la cual se logra al cumplir o explorar distintos roles; por su parte las transiciones de rol son procesos mediante los cuales los miembros de la familia se preparan para cumplir con las expectativas, actividades y tareas de un nuevo rol en el grupo, ocurren de manera normativa al cumplirse el ciclo vital de la familia, o de manera imprevista cuando ocurre un suceso inesperado que incide en los procesos familiares.

En el cumplimiento de roles se hace necesario la flexibilidad y la creatividad, cualidades que ayudaran a la familia a transitar su camino evolutivo de una manera fluida, consciente y nutritiva para todos los integrantes. La flexibilidad en los roles nos hablará de la capacidad adaptativa y madurativa de los integrantes, mientras la creatividad entendida como una cualidad de ver con nuevas perspectivas acontecimientos cotidianos, o de dar respuestas poco comunes

a acontecimientos imprevistos, será un factor coadyuvante en la potenciación de procesos familiares sanos y óptimos.

Las familias por ser sistemas sociales abiertos tradicionalmente toman como referencia la presencia de estilos armónicos, equilibrados y sanos, de compartir límites para el crecimiento y el bienestar. Por ello, se dificulta aceptar la presencia de roles o figuras que posean fallas o errores. Incluso, en la mitología griega, sólo dos de sus personajes viven con errores visibles, tal es el caso de Hefesto, que cojea, y el de Aquiles, que tiene un talón vulnerable. No obstante, esto nos deja ver que incluso los dioses o el héroe perfecto e intocable, tienen una debilidad (7).

Estos seres mitológicos hacen referencia al arquetipo del Inválido, como un espejo donde el Ego y el Alma vienen a reflejarse. Considerando que la idea de Salud viene asociada a completitud, totalidad, fortaleza; la deficiencia e incapacidad son procesos temporales que han de ser superados. Sin embargo, más allá del insano, aparece el inválido que remite a la idea del deficiente, aquella persona que carece de algún aspecto en el cuerpo o en la psique. El carente no se puede ocultar, tapar, negar, es evidente y ha de ser aceptado, tal como lo es el caso de la persona con discapacidad en el núcleo familiar.

La familia ha de aceptar que la deficiencia e incapacidad forman parte de la vida, que es necesario elaborar e integrar el proceso de aceptación de la capacidad, función o aptitud no poseída y que por lo tanto no podrá ser desarrollada, ni forzada a aparecer. En otras palabras, aprender a vivir con la dependencia, moverse a la interdependencia y aprender a complementarse con las funciones y capacidades del otro.

Para Guggenbuhl-Craig (1993), el inválido ha de ser diferenciado del niño, del enfermo y del hiper-sano. Su diferencia con el Niño radica en que este es dependiente temporalmente, por cuestiones naturales crecerá y ha de desarrollarse y, mientras que con el enfermo toma distancia porque este asume un papel del cual se ve obligado a salir, ha de buscar ayuda, puede sanarse o morir y del hiper-sano pudiéramos decir que es un negador de la vulnerabilidad, que se centra en mantenerse con altas estándares físicos, sobre cuida la dieta y sobrevalora el ejercicio y la demostración de fuerza y salud físicas (8).

La presencia de una persona con discapacidad en la familia genera reflexión y debate, contrarresta la arrogancia y cultiva la modestia;

porque enfrenta permanentemente a los miembros de la familia con las limitaciones físicas y psíquicas de sus miembros. También promueve la paciencia y frena la actividad obsesiva, esta última muy característica de nuestra época en la cual todo ha de ser limpio, rápido y útil. También, el contacto con la persona inválida subraya la dependencia humana, no como una cualidad negativa, sino como proceso que ha de aceptarse para sentar las bases de la interdependencia y de la autonomía. Lamentablemente, muchos procesos familiares derivan en la formación de personas co-dependientes con su consabida anulación y castración de los sujetos.

De allí que la invalidez nos remite a pensar en el fatalismo y la pasividad. La familia no ha de mirar al inválido (discapacitado/diverso) desde la desgracia e infelicidad, sino procurar interacciones, intercambios y aprendizajes que permitan la evolución del grupo familiar hacia la plenitud. La pasividad de la familia puede causar que la persona discapacitada se vuelva víctima, con poco que recibir y aportar. El inválido ha de alcanzar la plenitud desde el abordaje de sus características, su condición y el desarrollo de ámbitos que le permitan hacer, ser y sentir desde lo que él es y no de la comparación con un mundo que se le vuelve ajeno.

De la mirada arquetipo anterior, hemos de mirar el panorama general de la discapacidad. Para el año 2011, la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó un informe de donde podemos extraer las siguientes afirmaciones (9):

- La discapacidad no es un hecho aislado, sino que es el producto de la interacción de la condición de salud, los factores personales y ambientales.
- El 15% de la población mundial presenta discapacidad, pese a ello las personas discapacitadas son objeto de violencia, maltrato y estigmatización por su condición.
- Las personas con discapacidad son objeto de discriminación y acceso limitado a los servicios de salud de calidad.
- Para los países en desarrollo, la atención de las personas con discapacidad es una prioridad dada su relación con la pobreza.

En este mismo informe, la OMS identificó la existencia de barreras físicas, de comunicación, económicas y actitudinales, en la atención de salud a las personas con discapacidad. Dentro de las barreras físicas destacan la iluminación de los centros y el transporte hacia los establecimientos de salud, el mobiliario convencional y las vías de accesos como la ausencia de rampas, pasamanos, entre otros. Entre los obstáculos para la comunicación están la ausencia de adaptaciones visuales como características de los letreros, ausencia de información que utilice el método Braille; falta de adaptaciones auditivas como el uso del lenguaje de señas por parte de los clínicos y prestadores de servicios de salud y ayudas para las personas con disminución de la capacidad cognitiva. Con respecto a las dificultades económicas el organismo señala la dificultad para pagar por los servicios, el desplazamiento hacia los centros de atención y la imposibilidad para adquirir los medicamentos tanto esenciales como de alto costo.

En el plano actitudinal, la OMS señala que existen prejuicios en los profesionales de la salud y de la población general hacia la persona con discapacidad. Esto contribuye con la estigmatización y la exclusión social de estas personas por considerarlas como sujetos de menor valor en los grupos sociales. A esto se suma el desconocimiento de los derechos tanto por las propias personas con discapacidad, como por el resto de la sociedad.

## **Características Psicosociales de la familia de una persona con discapacidad.**

Una vez examinados los aspectos macro teóricos y contextuales que permiten al Enfermero el abordaje de la familia, nos acercamos a la unidad que pretendemos cuidar, así además de los aspectos estructurales y dinámicos, hemos de conocer las características que describen a una familia cuyo uno de sus miembros posee una discapacidad. Desde el punto de vista emocional, por lo general estas familias manejan sentimientos como la culpa, la negación, la rabia, el desplazamiento y el dolor; los cuales afloran entre otras razones por la creencia de no cumplir los estándares socio-cultural, por no haber cuidado suficientemente la salud, por castigo de Dios o karma, así como también el no poder aceptar los procesos de invalidez y vulnerabilidad que la discapacidad implica. En el plano social, este grupo familiar afronta procesos con los miembros de la familia extendida, los amigos, los compañeros de escuela y de trabajo, que en la mayoría de los casos

los conducen al aislamiento social para lo exterior y a lo interno surge falta de cohesión marital por el hecho de que el hijo discapacitado es un tercero siempre presente que desequilibra la diada esposo-esposa. Asimismo, se presenta disrupción en los roles familiares al tener la madre que asumir gran parte del cuidado del hijo con discapacidad, o se da la parentalización de unos de los hermanos, así como se sabe de la tasa falta de abandono que el padre hace en el caso de hijos con trastornos del espectro autista, por mencionar un ejemplo.

Estas respuestas emocionales y sociales, predisponen a la familia a tener que encarar mayores cargas físicas que una familia tradicional, sobre todo si la discapacidad es psicomotora. Igualmente hay un aumento de las cargas económicas dado que los tratamientos, terapias, la educación y la salud del miembro discapacitado así lo demanda, siendo este un factor que genera gran estrés familiar principalmente en grupos sociales desfavorecidos. Las cargas físicas y económicas generan a su vez una fuerte carga emocional lo que provoca un mayor desgaste de los procesos familiares y produce una fragilidad en las dinámica y estructura, que puede resultar en una pérdida del vínculo y una ruptura de las relaciones, lo que cambia la denominación del grupo familiar y transforma los procesos de vida de los implicados. (10)

En el caso de que la discapacidad sea observada, aceptada e integrada por la familia veremos que el grupo familiar mostrará mayor sensibilidad a procesos similares u otros parecidos que enfrenten familias, grupos comunitarios o a los problemas sociales en general, los integrantes de la familia mostrarán una madurez cognitiva y emocional, entendidas estas como la capacidad de asumir la realidad como se presenta, aceptando y modificando lo que esté a su alcance. Además, serán capaces de utilizar estrategias de afrontamiento positivas tales como la solicitud de ayuda, la resolución de problemas, la desdramatización de la condición y de las consecuencias que trae consigo, el uso del humor positivo y una firme creencia en poder salir adelante. Estas familias además se caracterizan por ser más respetuosa de la persona discapacitada y menos directiva, autocrática y rígida en el manejo de sus procesos.

Al hacerse consciente de estas características de la familia, el Enfermero ha de usar el conjunto de intervenciones de enfermería que le permitan contribuir al cuidado en un principio apoyado y posteriormente de manera guiada de las familias vulnerables, para ello usará acciones pertenecientes a los campo: Conductual, de Seguridad, de Familia,

del Sistema Sanitario y de la Comunidad con un enfoque centrado en la resiliencia, la autodeterminación, la tolerancia a lo diverso y la incertidumbre, con invitación a la inclusión, donde la persona con discapacidad de ha de ser el miembro identificado, excluido o marginado y pasa a ser parte de la familia desde su rol, cumpliendo su función única, consolidando una red que pueda hacerse extensiva a los amigos y compañeros, los espacios escolares, laborales y de la comunidad en general.

## **Práctica de la Enfermería centrada en la Familia**

En este sentido, se han de seguir los principios propuestos por Dunst y Trivette (11) quienes señalan, que los profesionales de salud que trabajan enfocados en la familia, como el enfermero, han de ser proactivos, positivos, comprensivos y respetuosos de los valores culturales, las creencias y prioridades propias y únicas de grupo familiar. Igualmente, deben ofrecer sus intervenciones como respuesta a una necesidad identificada, tratando de evitar “inmiscuirse” si la ayuda no le ha sido solicitada.

De acuerdo con los mismos principios antes referidos, el profesional de enfermería debe confiar en que cada grupo familiar desde su sabiduría ancestral genera mecanismos de solución a las demandas que la discapacidad impone. Durante cada contacto e intervención el enfermero ha de reforzar la autoestima de quien recibe la ayuda, asimismo debe evitar el paternalismo y la excesiva dependencia de los sistemas formales de salud y fomentar el uso de apoyo y recursos informales.

Al cambiar el foco del paternalismo con el discapacitado hacia la consultoría y asesoría de la persona discapacitada y su familia; nos estaremos moviendo desde la dependencia a la autodeterminación, asumiendo que efectivamente tener una discapacidad no cercena al ser ni al alma del sujeto. Desde el propio conocerse y estimarse, la persona podrá respetar sus ritmos, capacidades, aptitudes y talentos; los cuales al ponerlos al servicio de sí mismo, ayudará a su desarrollo y la del grupo familiar, que se verá favorecido por la eliminación de tabúes, estigmas, deudas intergeneracionales y transgeneracionales. De allí que se hace necesario promover la autodeterminación, la cual es entendida como “el conjunto de habilidades que permiten que la persona tome control sobre su propia vida y se capaz de dirigirla según sus objetivos, intereses y capacidades” (12)

Este enfoque es un cambio de paradigma tanto para el personal sanitario, así como para las propias familias quienes por años han cuidado y “sobreprotegido” a sus integrantes con discapacidad, con la consiguiente perpetuación de conductas desadaptativas, prejuicios, procesos familiares disfuncionales los cuales han tenido consecuencias por todos conocidas. Bajo este marco referencial, el enfermero ha de saber que su papel cambiará hacia: ayudar a la persona y familia a identificar y comprender sus necesidades, crear y mantener relaciones colaborativas más que relaciones asimétricas o de dependencia, ayudar a determinar lo que está en control de la persona con discapacidad y lo que se escapa de su competencia, evitando entornos familiares y de salud supe reestructurados que afecten el libre desenvolvimiento de la persona con discapacidad.

Igualmente, se deben evitar interacciones intrusivas, muy directivas o excesivamente didácticas y dar la oportunidad a la persona con discapacidad para expresar qué desea, hacia dónde querrá dirigirse, utilizando la escucha compasiva y el apoyo al grupo familiar a medir las sobreestimaciones o subestimaciones de las capacidades, de la persona con discapacidad (13), a veces esperamos mucho o que la persona viva según el “mundo de los normales” o simplemente pedimos un rendimiento en aptitudes que se sitúan fuera de los rangos de funcionamiento de la persona, o por el contrario asumimos la “incapacidad” y entonces no invitamos, no retamos, hacemos entregas predeterminadas o estandarizadas, dejando a la persona en carencia o frustración. Este aspecto del conocimiento de las capacidades del discapacitado es un área novel y fértil de investigación para los enfermeros y todos los integrantes del equipo de salud que esté inmerso en esta área.

Un punto clave en el logro de la autodeterminación es posicionarse fuera del lugar de la sobreprotección. Es importante hacernos conscientes de nuestro paternalismo como cuidadores o personal que apoya conscientes de que “sobreproteger” es desconfiar del otro y anularlo. Decirle a una persona con discapacidad “no lo hagas porque tú no puedes”, trae como consecuencia la pérdida de la espontaneidad, del placer y de la voluntad. Entonces la invitación es a dialogar, negociar y ser capaces de establecer normas y límites claros, así como ser flexibles a los cambios que se dan en el propio sujeto y en la familia como sistema. Hemos de ayudar a los padres a ser modelos de rol y apoyos vitales para sus hijos; a mirar que si bien el individuo muestra

una conducta visible, actual, siempre habrá un potencial que se podrá desarrollar.

## **Potenciando los procesos familiares.**

El enfermero y otros profesionales de la salud, han de ayudar a los integrantes del grupo familiar a lograr un equilibrio entre la necesaria independencia y la suficiente protección, para ello siguiendo las pautas de Davis y Wehmeyer (1991), los padres han de dar a entender a los hijos que lo que dicen o hacen es importante, de allí que se ha de fomentar el hacer preguntas y expresar opiniones. Igualmente hacerles comprender que son importantes y merece la pena emplear el tiempo con ellos, esto redundará en la autoconfianza de la persona con discapacidad, aspecto que además se fortalecerá al afrontar las preguntas relacionadas con la discapacidad, no es a través de la negación que se abordará la situación, por el contrario, observándolo y haciéndolo visible, se le dará un lugar, lo que invitará a pensar, sentir y hacer en torno a él. En otro aspecto, se hace necesario que la familia más que valorar resultados, se centre en valorar las metas y objetivos de la persona con discapacidad, más que la tarea es la implicación y vivencia que deja el proceso de hacerla.

Para combatir el ostracismo y el aislamiento social, se han de favorecer las interacciones sociales, esto ha de acompañarse de una confianza en los puntos fuertes de la persona con discapacidad y tener expectativas realistas y a la vez ambiciosas, apostar por el potencial, lo que puede lograr, esto podrá lograrse mediante la provisión de oportunidades para que asuman responsabilidades y la planificación de oportunidades de hacer elecciones.

## **Referencias**

1. Boyd, S (1990): Base conceptual para la intervención de Enfermería con las Familias, en *Enfermería de Salud Comunitaria: un enfoque de sistemas*. OPS, Whashington, EEUU.
2. Barroso, M (1997) *La Experiencia de Ser Familia*. Pomaire, Caracas, Venezuela.
3. Boyd, S. Op cit.

4. Wilkinson, J y Anhern, N (2008) Manual de Diagnósticos de Enfermería. Pearson, Madrid, España.
5. Duvall, E (1979) en Griffith, J y Christensen, P (1989) Proceso de Enfermería: aplicación de teorías, guías y modelos. Manual Moderno, DF, México.
6. Boyd, S Op cit.
7. Guggenbuhl-Craig, A (1993) El Inválido en Downing, C (1993) Espejos del Yo, Kairós, Barcelona, España
8. Guggenbuhl-Craig, A Op cit
9. Organización Mundial de la Salud (2023) Temas de Salud: Discapacidad.
10. Ortiz MG, Sánchez G, Serrano-Cazorla R. Programa terapéutico basado en el enfoque psicodramático, para el abordaje de los conflictos de pareja que experimentan los padres cuyos hijos presentan discapacidades psicomotrices. 2015.
11. Dunst y Trivette (2009) en Peralta López F, Arellano Torres A. Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. Electronic Journal of Research in Educational Psychology [Internet]. 2010;8(3):1339-1362. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000018>
12. Peralta López F , Arellano Torres A. Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. Electronic Journal of Research in Educational Psychology [Internet]. 2010;8(3):1339-1362. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000018>
13. González- Torres (2006) en Peralta López F , Arellano Torres A. Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. Electronic Journal of Research in Educational

Psychology [Internet]. 2010;8(3):1339-1362. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000018>

14. Davis y Wehmeyer (1991) en Peralta López F , Arellano Torres A. Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación. Electronic Journal of Research in Educational Psychology [Internet]. 2010;8(3):1339-1362. Recuperado de:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122000018>

# CAPÍTULO V. El duelo: proceso olvidado

*Autoras: Carmen Stella Martínez Dávalos.  
Docente de la Carrera de Enfermería.  
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado.  
Venezuela.  
Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.*

*¿Qué miedos emergen dentro de mí ante a un paciente con llanto inconsolable por la cercanía de su propia muerte o por la pérdida de un ser querido? ¿Puedo cuidar las dimensiones psicológica y espiritual del paciente que está viviendo una pérdida?*

## **Introducción**

El proceso de duelo es una experiencia profundamente humana que todos enfrentamos en algún momento de nuestras vidas. Cuando experimentamos una pérdida significativa, ya sea la muerte de un ser querido u otra forma de pérdida, nos encontramos en la encrucijada de reestructurar y reacomodar nuestra vida. La enfermería desempeña un papel crucial en el apoyo a las personas y familias que atraviesan este difícil camino.

En nuestra sociedad occidental, la pérdida y, especialmente, la muerte, a menudo se consideran temas tabúes y difíciles de abordar. Incluso en el ámbito de la salud, muchos profesionales pueden sentirse incómodos al hablar sobre la muerte con los pacientes y sus familias. Sin embargo, es de vital importancia que superemos este tabú y aprendamos a abordar el tema de la muerte de manera efectiva y respetuosa.

En este capítulo exploraremos el manejo del duelo, el papel fundamental que desempeñan los profesionales de enfermería en este proceso y la importancia de abrir un espacio de diálogo interno sobre la manera como lo concebimos, de manera que podamos ayudar a otros a atravesar la pérdida propia y de otros. A través de una comprensión

más profunda de las emociones propias y las de los pacientes y sus familias, podemos brindar un apoyo integral que promueva la sanación y la adaptación a la vida después del duelo.

## **La naturaleza humana del duelo**

El ser humano es relacional y emocional por naturaleza. Desde el vientre materno empieza a desarrollar vínculos necesarios para su crecimiento y desarrollo, estos vínculos van entrelazados de manera indisoluble con las emociones evidenciándose esto, en el desarrollo de apegos con todo a lo que le asigna un significado importante, desde las personas como familia y amistades, las mascotas, objetos, puestos de trabajo entre otras cosas. Los vínculos que establece con cada uno de estos son necesarios para el desarrollo a plenitud de su personalidad y de su vida.

Es por ello, que cuando se produce una pérdida significativa, esto es al romperse alguno de esos vínculos importantes, se desencadena el proceso de duelo. La vida de manera cotidiana está unida irremediamente a la pérdida, y está siempre lleva implícito un proceso de duelo, que surge de manera natural. Esto quiere decir que no le podemos frenar, aunque queramos huir de él, esconderlo, negarlo o simplemente no mirarlo, el duelo siempre estará allí, es normal, natural, forma parte de la pérdida independientemente cual sea la causa. Te invito a través de estas líneas, a un paseo por el misterioso, olvidado y temido proceso de duelo en nuestra práctica como profesionales de la enfermería.

El duelo es el proceso normal y necesario<sup>1</sup> mediante el cual se reestructura, se reacomoda la vida, después de una pérdida significativa. Está conformado por una serie de etapas o fases<sup>2</sup> que diversos autores han organizado como una secuencia, aunque la verdad es que no existe ninguna secuencia predecible de manera estricta, en cada una de las personas que lo experimentan. Sin embargo, estas etapas se evidencian durante el proceso siendo estas, rabia negación, negociación, aceptación y reconciliación.

La fase de rabia puede ser experimentada por pacientes y familiares en el ámbito de la atención médica. Durante esta fase, los pacientes pueden experimentar resentimiento, irritabilidad y enojo, y pueden verse afectados por el aislamiento social y la falta de apoyo de parte del profesional de enfermería. Es normal que sintamos la amenaza latente de ser agredidos verbal y físicamente por el paciente y su familia.

Enfermería desempeña un papel importante en el apoyo a los pacientes que experimentan la fase de rabia del duelo. Los profesionales de enfermería pueden proporcionar apoyo emocional, educación sobre el proceso de duelo, y referencias a servicios de apoyo.

La fase de negación, por su parte, es una respuesta común al duelo y puede ser difícil para los pacientes y sus seres queridos. El profesional de enfermería puede ayudar en la identificación de esta etapa en los pacientes, en el apoyo emocional y educativo a los pacientes y sus familias durante esta fase. Las teorías del duelo y la comunicación terapéutica son relevantes para la comprensión y el apoyo a los pacientes en la fase de negación del duelo. De allí la importancia que el personal de enfermería cuente con una formación sólida en este tema.

La fase de negociación del duelo puede ser un momento de reflexión y reevaluación para los pacientes y sus familias. Los profesionales de enfermería pueden proporcionar apoyo emocional y educativo para ayudar a los pacientes a comprender y aceptar la realidad de la situación y abordar los cambios necesarios, reconociendo el duelo como un proceso normal y necesario, tanto para el paciente como su familia.

La fase de aceptación del duelo representa un proceso de adaptación a la pérdida y la transición hacia una nueva realidad. Enfermería puede proporcionar apoyo emocional, educación continua y estrategias de afrontamiento para ayudar a los pacientes y sus familias durante esta fase. Como seres humanos únicos e individuales, vivenciamos el duelo de acuerdo con la cultura en la que hemos crecido. En el caso de la cultura occidental<sup>3</sup> tendemos a asumir las pérdidas como un suceso negativo y en el caso de la muerte como un tabú del que no se habla y de manera cotidiana evitamos compartir los sentimientos e incluso acompañar estas expresiones de sentimientos, preferimos ocultarlas, mostrarnos “fuertes” ante los demás.

La muerte, como fenómeno misterioso, es un tema delicado y un tabú en nuestra sociedad, incluyendo en el ámbito de la salud. Muchos profesionales de la salud, incluyendo enfermeros, pueden sentirse incómodos hablando de la muerte con los pacientes y sus familias. Sin embargo, es importante que los profesionales de la salud superen este tabú y aprendan a manejar el tema de la muerte de manera efectiva y respetuosa.

El tabú de la muerte en los profesionales de la salud puede tener varias causas, entre ellas:

1. Miedo al fracaso: los profesionales de la salud pueden sentir que no han logrado su trabajo si el paciente muere, lo que puede ser una carga emocional para ellos.
2. Falta de capacitación: los profesionales de la salud pueden no haber recibido capacitación suficiente en el manejo de la muerte y el cuidado al final de la vida.
3. Temor a emociones intensas: Los profesionales de la salud pueden sentirse abrumados por las emociones intensas que rodean a la muerte, como el dolor, la tristeza y el miedo, estas se exageran cuando el profesional tiene procesos de duelo no cerrados en su interior.
4. Creencias personales: Algunos profesionales de la salud pueden tener creencias personales que dificultan el manejo de la muerte y la atención a pacientes en situación terminal.

Es importante que los profesionales de la enfermería reconozcan y superen el tabú de la muerte y aprendan a manejar el tema de manera efectiva. La capacitación en el manejo de la muerte y la atención al final de la vida puede ayudar a los profesionales de la salud a superar sus temores y a desarrollar habilidades para abordar el tema de manera respetuosa y efectiva.

De manera cotidiana, cuando ocurre un acontecimiento crítico, tendemos a la negación y nos resistimos aceptarlo, la incertidumbre de la vida después de un cambio con frecuencia provoca resistencia y ansiedad. Es natural y muy normal que con la edad vayamos teniendo vacíos en nuestra vida los abuelos, los padres, los tíos, los hermanos mayores, y así hasta que nosotros constituimos ese vacío que, irremediablemente, dejamos a los que nos siguen. La muerte y la separación son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona<sup>4</sup>.

Como profesionales de la enfermería, tenemos la responsabilidad del cuidado del paciente, en todas sus dimensiones<sup>5</sup>. Por ser el integrante del equipo de salud quien tiene contacto directo con el paciente y su

familia durante las 24 horas del día, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de abordar todas las necesidades del paciente y de proporcionar cuidado en todas las dimensiones, entre las que se pueden señalar:

1. Dimensión física: el profesional de enfermería está capacitado para proporcionar atención médica de alta calidad, evaluando y tratando las necesidades físicas del paciente, como respuestas a la enfermedad y tratamiento indicado
2. Dimensión psicológica: los profesionales de enfermería deben brindar apoyo emocional y psicológico al paciente y a sus familias, ayudándolos a enfrentar el estrés, la ansiedad y la depresión relacionados con la enfermedad, aquí se incluye el proceso de duelo.
3. Dimensión social: la enfermedad y el proceso de tratamiento pueden tener un impacto significativo en la vida social del paciente. Los profesionales de enfermería están capacitados para trabajar con pacientes y familias para ayudarles a identificar y obtener recursos sociales y comunitarios, como grupos de apoyo, servicios de transporte y programas de asistencia financiera.
4. Dimensión espiritual: la atención de enfermería también debe considerar las necesidades espirituales del paciente. Los profesionales de enfermería están capacitados para canalizar o brindar el apoyo espiritual y religioso según la preferencia del paciente y su familia.
5. Dimensión cultural: los profesionales de enfermería deben ser conscientes de la diversidad cultural de sus pacientes y sus familias, y adaptar el cuidado en consecuencia. Esto puede incluir la comprensión de las diferencias culturales en la comunicación, estilos de vida, costumbres y la atención médica en general.

En este contexto, no solo la muerte desencadena un proceso duelo, existen otras pérdidas, vivenciadas por nuestros pacientes, que como profesionales de Enfermería enfrentamos todos los días, el diagnóstico de una enfermedad crónica que implica pérdida de estilos de vida y de hábitos que se han desarrollado y consolidado durante todo un trayecto de vida<sup>6</sup> como por ejemplo el inicio de la diabetes o la

hipertensión arterial, el caso del daño renal, infertilidad, impotencia, lesiones limitantes en el sistema nervioso, por nombrar algunas.

También se encuentran dentro de la institución de salud o en la comunidad, los pacientes que experimentan una amputación, estos vivencian un proceso de duelo, así como los pacientes con diagnósticos de enfermedad terminal donde el duelo es evidente, notorio, resaltando que estas condiciones fisiológicas no tienen límites de edad, sino que, por el contrario, el duelo cobra mayor impacto cuando se trata de un niño o joven<sup>7</sup>.

En los contextos de la enfermedad crónica, se desencadena un proceso de duelo que casi siempre pasa desapercibido, casi nunca identificamos. Como profesionales de la enfermería en muchas oportunidades, nos centramos más en la dimensión fisiológica y en el déficit de conocimientos que posee el paciente o la familia en relación con la enfermedad. En ese sentido, ignoramos o dejamos de lado todo el proceso que está experimentando el paciente ante la pérdida. Y es que el proceso de duelo en una enfermedad crónica puede ser complejo y difícil para el paciente, sus seres queridos y para el profesional de enfermería.<sup>8</sup> Algunas pautas de acción que ayudan a un paciente con una enfermedad crónica a sobrellevar el proceso de duelo serían:

1. Escuchar: La escucha activa es esencial para ayudar a un paciente a procesar sus sentimientos de duelo. A veces, el simple hecho de que alguien escuche y valide sus sentimientos es suficiente para ayudar al paciente a sentirse comprendido y apoyado.
2. Validar sus sentimientos: es importante validar los sentimientos del paciente y reconocer que el dolor, la tristeza y la frustración son reacciones normales en situaciones de enfermedad crónica. Evita minimizar los sentimientos del paciente o decirle que “todo estará bien”.
3. Fomentar la expresión: alentar al paciente a expresar sus sentimientos a través de la escritura, el arte o la música puede ayudar a procesar y liberar emociones.
4. Proporcionar apoyo emocional: proporcionar apoyo emocional y estar disponible para el paciente puede ayudar a reducir su sensación de aislamiento y soledad.

5. Buscar ayuda profesional: si el paciente está experimentando un duelo complicado o necesita un apoyo adicional, es importante animarlo a buscar ayuda profesional. Los psicólogos pueden proporcionar apoyo y orientación durante el proceso de duelo.
6. Brindar información: es importante proporcionar al paciente información precisa sobre su enfermedad y su pronóstico. Esto puede ayudar al paciente a comprender mejor su situación y prepararse para el futuro.

Sin embargo, en las personas que experimentan enfermedades terminales y dependiendo de la edad del paciente, el proceso de duelo impacta no solo al paciente y su familia, sino que se puede evidenciar su impacto en el profesional de enfermería responsable de su cuidado<sup>9</sup>, quien se enfrenta a sus propias emociones que afloran a través del cuidado de estos pacientes y para ello debe estar preparado para reconocer y manejar adecuadamente sus respuesta emocionales a fin de ofrecer un cuidado oportuno y de calidad al paciente y su grupo familiar como al ejercer su autocuidado.

La muerte es un evento inevitable en la vida y forma parte del trabajo de enfermería, especialmente en situaciones de enfermedades terminales. Por esta razón, es importante que los profesionales de enfermería estén preparados para manejar la muerte y brindar apoyo a los pacientes y sus familias en este proceso. La enfermería tiene un papel importante en el cuidado al final de la vida y en la atención a pacientes en situación terminal<sup>10</sup>. Los profesionales de enfermería deben estar capacitados para:

1. Brindar cuidado paliativo: los profesionales deben estar capacitados para brindar cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades terminales, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y controlar los síntomas, como dolor, ansiedad, náuseas y vómitos.
2. Proporcionar apoyo emocional: la muerte puede ser un proceso estresante y emocionalmente difícil para los pacientes y sus familias. los profesionales de enfermería deben estar capacitados para brindar apoyo emocional a los pacientes y sus familias en este proceso, escuchando y respondiendo a sus preocupaciones y necesidades.

3. Ofrecer educación y asesoramiento: los profesionales deben proporcionar educación y asesoramiento a los pacientes y sus familias sobre el proceso de la muerte, la planificación anticipada y las opciones de cuidados al final de la vida, ofreciendo la asesoría requerida y respetando las decisiones personales y familiares.
4. Asegurar el respeto y la dignidad: los profesionales de enfermería deben asegurar que los pacientes en situación terminal reciban el cuidado y el respeto adecuados para su dignidad, y que su deseo de morir con dignidad se respete.
5. Trabajar en equipo: los profesionales de enfermería deben trabajar en equipo con otros profesionales de la salud, incluyendo médicos, psicólogos y consejeros espirituales, para brindar el mejor cuidado al paciente y su familia.

La muerte propia, o un cambio corporal radical por enfermedad o mutilación, desencadenan un proceso de duelo muy complejo de abordar por parte del personal de Enfermería. Igualmente, cuidar de un paciente con mal pronóstico de vida es una situación que representa un reto para cualquier profesional. El manejo del miedo a lo que sucederá, cómo ocurrirá y la separación de las personas significativas, son situaciones que nos desafían porque nos enfrentan con nuestras propias emociones y miedos.

En el ámbito de la enfermería, existe la necesidad de estar preparados para la muerte propia y de los pacientes, así como para el manejo del duelo. Los enfermeros pueden sentir tristeza, estrés y ansiedad al cuidar a pacientes al final de su vida, lo que puede afectar su desempeño y su salud mental. Por lo tanto, es fundamental que los profesionales de enfermería reciban apoyo emocional y capacitación para manejar estos aspectos.

La muerte de un familiar cercano también puede afectar la calidad del cuidado que brindan los profesionales de enfermería. Los estudios han demostrado que los profesionales de enfermería que han experimentado la muerte de un ser querido pueden ser más sensibles y comprensivos con los pacientes al final de su vida<sup>5</sup>. Sin embargo, también se ha informado que estos profesionales pueden tener dificultades para manejar el dolor emocional que surge durante la atención del paciente, por lo que se asume que el proceso de duelo en muchas oportunidades no se resuelve, sino que quedan espacios abiertos, procesos inconclusos

que van a generar crisis en el momento que se enfrentan nuevamente a los sentimientos de pérdida.

La muerte propia es un tema complejo que puede afectar la práctica de enfermería. Es fundamental que los profesionales de enfermería estén preparados para lidiar con esta experiencia y reciban apoyo emocional y capacitación para brindar un cuidado de calidad a los pacientes al final de su vida.

Los profesionales de enfermería que a menudo trabajan con pacientes que experimentan el proceso de duelo, desde el contexto de la pérdida de un estilo de vida hasta el cuidado de un paciente con enfermedad terminal, acompañando al paciente en los últimos cuidados en el periodo agónico y los cuidados post mortem, suelen experimentar un impacto significativo en su vida el cual puede verse evidenciado en:

1. Estrés emocional: El duelo puede causar estrés emocional en el profesional de enfermería. Ver a un paciente sufrir y morir puede ser muy difícil, especialmente si el profesional de enfermería ha desarrollado una relación cercana con el paciente y su familia o si la vivencia con el paciente le recuerda a un episodio ya vivido de manera personal.
2. Cambios en el comportamiento: El proceso de duelo puede afectar el comportamiento del profesional de enfermería. Pueden experimentar cambios en su apetito, sueño o actividad social. También pueden experimentar cambios en su personalidad o temperamento.
3. Fatiga y agotamiento: El proceso de duelo puede causar fatiga y agotamiento emocional, físico y mental en el profesional de enfermería.
4. Pérdida de confianza en la capacidad profesional: la muerte de un paciente puede hacer que el profesional de enfermería se sienta impotente y cuestione su capacidad para brindar atención de calidad.
5. Estrés laboral: el estrés emocional y la fatiga asociados con el duelo pueden afectar el desempeño del profesional de enfermería en el trabajo y aumentar el riesgo de errores y accidentes.

Es importante que como profesionales de enfermería aprendamos a reconocer y manejar nuestro propio proceso de duelo. La atención y el apoyo adecuado pueden ayudar al profesional de enfermería a superar el impacto del duelo en su vida personal y profesional. Es importante que los empleadores de servicios de salud ofrezcan programas de apoyo para el cuidado emocional y mental de los profesionales de enfermería, incluyendo la capacitación en el manejo del duelo y la atención a pacientes en situación terminal.

Los profesionales de Enfermería nos enfrentamos a un gran desafío en nuestra profesión. Nuestro propósito es ofrecer cuidados de calidad, oportunos y pertinentes de acuerdo con las respuestas humanas de las personas a quienes cuidamos<sup>2</sup>. Sin embargo, cuando el cuidado se brinda en medio de un proceso de duelo, esto nos confronta con nuestras propias emociones y sentimientos con respecto a la muerte y con la pérdida particular que experimentan nuestros pacientes.

De manera rutinaria siempre vamos a tener en nuestro turno de trabajo un paciente que está experimentando una pérdida. El gran reto es saber si estamos preparados para ayudarlo en esas condiciones, si podemos asumir el cuidado con la misma confianza y seguridad que asumimos un cateterismo venoso, si podemos ofrecerle cuidados de calidad, oportunos y pertinentes. Muchas veces, ni el paciente pregunta, ni nosotros nos sentimos cómodos y seguros como profesionales para responder. Tampoco somos capaces de iniciar un plan de acción para tratar esta necesidad del paciente y su grupo familiar.

Seguramente la respuesta a estas preguntas nos llenan de dudas o temores y preferiríamos pasar de largo o como de manera rutinaria observamos en nuestra práctica profesional, obviamos esta dimensión del paciente y nos centramos en dar respuesta a los problemas de índole fisiológico<sup>12</sup>, pero es necesario que como profesionales reconozcamos que el proceso de duelo existe, y que requiere de una serie de acciones de parte de Enfermería para ayudar, acompañar al paciente y a su grupo familiar a transitar por este oscuro camino llamado duelo

En este contexto, la NANDA<sup>14</sup>, como organización independiente y oficial del Consejo Internacional de Enfermería, la cual tiene la responsabilidad clasificar y desarrollar de diagnósticos de enfermería, presenta en la duodécima edición de la clasificación de diagnósticos de enfermería (2021- 2023), tres diagnósticos de duelo estos son:

Disposición para mejorar el duelo, riesgo de duelo no adaptativo y duelo no adaptativo. Definiendo este como el trastorno que se produce después de la muerte de un ser querido, en el que la experiencia de angustia que acompaña al duelo no sigue las expectativas socioculturales.

Lo cierto es que el diagnóstico de Duelo, en cualquiera de las etiquetas presentadas por la NANDA, usualmente es olvidado, o dejado de lado. ¿Pero qué es lo que ocurre, para que como profesionales no estemos prestos a identificar esta necesidad humana y ofrecer cuidados en consecuencia de manera fluida y con la seguridad que nos caracteriza en nuestro quehacer profesional? ¿Cómo podemos acompañar a nuestros pacientes en los procesos de duelo? ¿Estaremos dispuestos a trabajar nuestros miedos y sentimientos para sanar primero nosotros y en consecuencia poder acompañar al paciente en estos momentos difíciles de la vida?

Ya hemos presentado lo complejo y arduo que puede ser ofrecer cuidados de calidad al paciente y familia que experimentan un proceso de duelo, sin embargo, existen diversas teorías que permiten que el profesional de enfermería se apoye en ellas para planificar un plan de cuidado específico para abordar el proceso de duelo, entre ellas tenemos.

La teoría de la pérdida y el duelo de Bowlby<sup>16</sup> destaca la importancia de la conexión emocional entre el paciente y su motivo de pérdida, resaltando esta teoría de la importancia de identificar los apegos del paciente, para de esta manera apoyarlo en las despedidas de estos apegos y la consecuente elaboración de un proceso de duelo. Pero esta teoría también se puede extrapolar al profesional de enfermería, para revisar el estado de los propios apegos y cómo estos influyen al momento de ofrecer cuidado al paciente.

Existe otra teoría que brinda herramientas de apoyo para afrontar el proceso de duelo, conocida como la teoría del dolor espiritual.<sup>17</sup> Esta teoría resalta la importancia de la espiritualidad en dicho proceso y cómo la enfermería puede abordarla para otorgar significado a lo vivido y al futuro tras la muerte. En los países latinoamericanos, este componente teórico se observa como un elemento presente de manera constante en los procesos de duelo. Es fundamental que la enfermería tenga en cuenta el respeto por las creencias religiosas tanto del paciente

como de su familia, evitando así cualquier conflicto que pueda surgir entre ellos.

La teoría del dolor espiritual reconoce la trascendencia de la dimensión espiritual en la experiencia del duelo y destaca la necesidad de brindar un enfoque holístico y compasivo en la atención de enfermería. Al considerar la espiritualidad como un aspecto central, se reconoce que el duelo no solo implica el dolor emocional y físico, sino también una búsqueda de significado y conexión con algo más allá de lo material. En este sentido, la enfermería desempeña un papel fundamental al proporcionar un espacio seguro y respetuoso para que los pacientes y sus familias expresen y compartan sus creencias espirituales. Esto implica estar dispuesto a escuchar activamente, ofrecer palabras de consuelo y comprensión, así como facilitar la participación en prácticas religiosas o rituales que sean importantes para ellos.

En este contexto, San Agustín conocido como uno de los más grandes pensadores cristianos de la historia, a lo largo de su obra, abordó numerosos temas relacionados con la religión y la filosofía, incluyendo el duelo. San Agustín experimentó la pérdida de seres queridos a lo largo de su vida, y sus reflexiones sobre el duelo y la muerte han sido estudiadas por generaciones.

San Agustín creía que el duelo era una parte natural del proceso de la muerte y que era importante permitir que las personas lloraran y expresaran sus emociones. Sin embargo, también enfatizó la necesidad de aceptar la voluntad de Dios y encontrar consuelo en la fe. En su obra *La Ciudad de Dios*, San Agustín argumenta que la muerte es parte de la vida y que la verdadera vida se encuentra en la relación con Dios<sup>18</sup>.

En resumen, San Agustín reflexionó sobre el duelo en el contexto de la fe cristiana y la creencia en la vida después de la muerte. Sus enseñanzas enfatizaron la importancia de permitir que las personas expresen sus emociones y encuentren consuelo en la fe. Su obra ha sido estudiada por generaciones y sigue siendo relevante para aquellos que buscan comprender el proceso del duelo y la relación entre la vida y la muerte. Estas recomendaciones presentadas por San Agustín están vigentes en el marco del cuidado que debemos ofrecer como profesionales de la enfermería al paciente que vivencia un proceso de duelo, a su familia y con nosotros mismos, el expresar las emociones tanto propias

como el fomentar que el paciente y su familia las exprese y ofrecer ese acompañamiento empático, estaremos abriendo el camino para acompañar al paciente en el proceso de duelo.

El profesional de la enfermería tiene una responsabilidad importante en el manejo del duelo. La identificación temprana, la educación y el apoyo emocional son fundamentales para ayudar al paciente y su familia en este proceso. Las teorías del duelo pueden proporcionar una guía útil para la práctica de enfermería en este campo.

En los procesos de duelo, existen directrices fundamentales para establecer una relación de ayuda empática entre el profesional de la salud y el paciente. Carl Rogers es uno de los psicólogos humanistas más influyentes en la teoría de la relación de ayuda. Rogers enfatizó la importancia de la empatía, la autenticidad y la aceptación incondicional como ingredientes fundamentales de una relación de ayuda efectiva. Según la teoría de Rogers, las actitudes que debe tener quien acompaña el proceso de duelo pasan por revisar algunos aspectos esenciales de su ser como profesional, siendo estas las siguientes<sup>19</sup>:

- **Su orientación filosófica:** el punto de partida es la actitud que tiene el profesional hacia la dignidad de la otra persona. Es oportuno realizarnos las siguientes preguntas: ¿Cómo percibimos al otro quien es nuestro paciente? ¿Lo percibimos solo como un cuerpo? ¿Pensamos que tiene afectos, sentimientos, miedos? ¿Vemos a cada persona como un ser humano digno, solo por el hecho de existir? ¿Se nos es fácil establecer prejuicios solo por la apariencia o lo que aparentemente logramos ver? ¿Tendemos a tratar al paciente como un ser humano desvalorizado solo por el hecho de estar en condición de dependencia? ¿Consideramos que el paciente tiene derecho a la autodirección? ¿Creemos que, al estar bajo nuestra responsabilidad, nosotros asumimos la conducción de su vida? ¿Qué sentimientos nos confrontan cuando nos acercamos al paciente? ¿Nuestros sentimientos dependen de la situación del paciente? ¿Tendré como persona procesos de duelo no resueltos que me impiden de manera inconsciente ofrecer un cuidado de calidad al paciente?

Estas interrogantes nos obligan a revisar la actitud que llevamos al encuentro con nuestro paciente, nos invita a revisar y analizar si estamos asumiendo un verdadero rol de cuidadores; asumiendo al paciente

como nuestro más valioso tesoro, a quien debemos cuidar y ofrecer lo mejor. No cosificar al paciente, ya que de este modo estaríamos deshumanizando su cuidado, convirtiéndolo en la “cama N 20, que tienen cáncer o la cama 12 que es diabético y sufrió una amputación”.

Es el momento entonces de revisar nuestra actitud ante el paciente en duelo, de manera cotidiana, dejamos este diagnóstico de último lugar y nunca alcanzamos a atender, porque hay muchas otras responsabilidades que cumplir o hemos medicalizado nuestra práctica profesional y damos prioridad a las necesidades fisiológicas y a los procedimientos que de ella se derivan, dejando de lado nuevamente al duelo.

Si somos un poco más acuciosos al responder las preguntas planteadas, es posible que nos encontremos con nuestros propios miedos; nos confronta la imagen que vemos del otro lado, y ¿si fuéramos nosotros el paciente de la cama 20 o el de la cama 12? O como suele suceder en la mayoría de los casos, reconocemos el proceso de duelo que está experimentando el paciente, podemos identificar en qué etapa del duelo se encuentra transitando, pero no nos sentimos ni seguros, ni cómodos, para abordar este diagnóstico y mucho menos para ofrecer cuidados de calidad.

- **La comprensión empática:** la empatía es una característica indispensable en el profesional de enfermería que desea ofrecer los mejores cuidados al paciente que experimenta un proceso de duelo.

La empatía es definida como la actitud que nos permite captar el mundo de otra persona. Implica la disposición del profesional de enfermería para ponerse en la situación existencial del paciente que experimenta un proceso de duelo, esto le permitirá comprender su estado emocional y tomar conciencia de sus sentimientos<sup>20</sup>.

Para ello se requiere la presencia de la calidez, que transmite seguridad, aceptación y valor. Al establecer una relación cálida le transmitimos al paciente y a su familia, que es valorado como un ser con necesidades y sentimientos únicos y reales.

Es importante entender y transmitirle al paciente y a su grupo familiar el valor que poseen como personas y como familia, con creencias y valores propios que, aunque está viviendo un proceso difícil en su vida, como

seres humanos tienen la fuerza y el potencial necesario para salir adelante. Este apoyo requiere de un profesional de enfermería dispuesto a realizar un acompañamiento real, sin imposiciones, que respete su proceso único y ayude a visualizar su camino de superación de cada etapa.

- **La congruencia y la autenticidad:** este requisito exige en el cuidador la sinceridad y transparencia, esto significa, que el profesional este consciente de los sentimientos que experimenta durante el cuidado ofrecido al paciente, que pueda reconocer como suyos, sin confundirlos con los del paciente y lo más importante sin negarlos, sin levantar una coraza que nos permita mostrarnos fuertes, el paciente no nos necesita fuertes nos necesita humanos. Entonces porque negar que somos humanos, y como tales sentimos emociones, que nos conectan con el paciente y que esto no nos hace menos profesionales, sino todo lo contrario nos convierte en profesionales empáticos, humanos, capaces de transmitir la calidez en una relación de ayuda<sup>21</sup> verdadera con el paciente.

Sin embargo, otro aspecto importante en este momento es revisar la magnitud de los sentimientos que despiertan en nosotros, posiblemente nos lleve a encontrarnos con procesos de duelo propios, que no han cerrado, aquellos que dejamos atrás y no nos permitimos vivir a plenitud. Como decíamos al principio, no hay forma de huir del duelo, estará allí escondido detrás de nuestra imagen de profesional, en nuestro corazón de ser humano y este reconocimiento de parte nuestra se convierte en una fabulosa oportunidad para sanar, cerrar y continuar con nuestra misión de ofrecer cuidados de calidad y oportunos a los pacientes.

Este proceso de reconocimiento de sentimientos debe ser constante, con cada paciente, dicho de otra manera, el profesional ayuda al paciente en su proceso de duelo y de manera simultánea el paciente ayuda al profesional a crecer y cierra ciclos junto a él<sup>21</sup>. A esto se le llama congruencia y se establece de esta manera una relación de persona a persona, una relación verdadera sin ocultarse detrás de una máscara y sin colocar barreras que le separen del paciente.

Cuando se apela a estas máscaras en la atención del paciente, suelen utilizarse como mecanismos de protección de lo que este paciente despierta en el profesional. Surgen inconscientemente para mantener olvidado el proceso de duelo propio, aún sin sanar. Otro aspecto

importante es que el profesional de enfermería este en la disposición de compartir sus sentimientos con el paciente cuando estos sean útiles para él, con el propósito de establecer una relación auténtica y real entre dos seres humanos, a esto se le llama autenticidad.

Si no se ha desarrollado un buen grado de autoconocimiento, autoaceptación, autocomprensión, autorespeto y autoestima, el profesional tomara escudos para defenderse, se colocará una máscara de deshumanización, cuando se le presente algo que resulte amenazante para la imagen que tiene de sí mismo, lo cual sería una barrera para que se den la congruencia y la autenticidad. Esta actitud es esencial, para establecer una verdadera relación de ayuda en el proceso de duelo.

- **La aceptación positiva e incondicional:** es la actitud opuesta al juicio y a la evaluación. En la medida que el profesional le ofrece al paciente una cálida aceptación y un genuino interés de todos los sentimientos que el paciente le expresa, sobre todo su actitud, forma de ser, y darle significado a su vida y a su mundo, el profesional de la enfermería estará brindando consideración positiva e incondicional. Todos tenemos un “déficit” de aceptación incondicional, en algún momento de nuestra vida<sup>2</sup>, y que en el mejor de los casos siempre hemos recibido la condicionalidad “te quiero si...” . Esta aceptación es una habilidad que debemos desarrollar, de manera consiente e intencional.

El objetivo es que a través de la práctica cotidiana se pueda experimentar la aceptación del otro sin condiciones. En el proceso de duelo solemos decirle al paciente “*no llores más*” Al familiar a veces le decimos “*si sigues llorando no le permitirás a su alma descansar*” No validamos sus lágrimas y su tristeza como una respuesta humana normal ante el proceso que están viviendo. En el duelo deberíamos valorar los signos, con la misma importancia que se valora la fiebre en un proceso infeccioso.

No se trata de emitir juicios, ni hacer evaluaciones desde nuestros propios valores, o desde nuestros propios miedos, sino de respetar al paciente; lo que implica aceptar al otro con sus sentimientos, agradables y desagradables. Volviendo a la cotidianidad de nuestro turno de trabajo, estamos como profesionales dispuestos a limpiar una evacuación del paciente, sin importar la edad o la condición y aunque no sea lo más placentero de nuestro ejercicio profesional, lo hacemos con diligencia y seguridad, de igual manera debemos estar prestos a ofrecer los cuidados

que requiere el paciente que experimenta un proceso de duelo, con la misma prontitud y empatía del cuidado ofrecido.

El profesional de enfermería que acompaña al paciente recibe todas las expresiones del paciente ante su pérdida y las debe recibir como “*la mejor respuesta posible*” de la persona en ese momento. Se trata de expresar aceptación al paciente y la ausencia de juicios es lo que lo hace posible<sup>22</sup>.

## **Bibliografía**

1. Álvarez Estefanía, Cataño Liseth. *Proceso de duelo y estrategias de afrontamiento*. Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Colombia. 2019
2. Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y el morir*. Routledge.
3. Quinaglia Érica. Revista Bioética *Ideario de la muerte en Occidente: la bioética en una perspectiva antropológica crítica*. Print version ISSN 1983-8042 On-line version ISSN 1983-8034 Rev. Bioét. vol.27 no.1 Brasília Ene./Mar. 2019. Doi: 10.1590/1983-80422019271284
4. Donoso, I. (2020). *Duelo*. Iberoamérica Social: Revista-Red De Estudios Sociales, 8(15), 154-156.
- 5- Medeiros YKF, Bonfada D. Refletindo sobre finitude: Um enfoque na assistência de enfermagem frente à terminalidade. Rev Rene. 2012; 13(4):845-52.
- 6- “Living With Chronic Illness: A Conceptual Framework for Understanding the Role of Grief and Loss in Adaptation” de Susan L. Hughes y Cheryl L. Beck. En *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 2017
- 7- Zaccaria, G., Bagnasco, A., Catania, G., Aleo, G., Sasso, L. (2019). Nurses’ experiences in end-of-life care for children: A qualitative systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 44, e38-e49. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.003>

- 8- “Grief in Chronic Illness: A Concept Analysis” de Laura S. Tomlinson y Elaine Wittenberg-Lyles. En *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2014.
- 9- American Nurses Association. (2019). Palliative and end-of-life care: ANA position statement. <https://www.nursingworld.org/practice-policy/nursing-excellence/official-position-statements/id/palliative-and-end-of-life-care/>
- 10 - López de Ayala García C, Galea Martín T, Campos Méndez R. Guía Clínica: Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos [Internet]. 2010 [citado 14 May 2017]. Disponible en: [http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Guia\\_clinica\\_seguimiento\\_del\\_duelo.pdf](http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Guia_clinica_seguimiento_del_duelo.pdf)
- 11 - Han, S. S., Kim, H. J., Kim, S. H., & Lee, H. J. (2019). Effects of Death Experience of Nurses on Hospice and Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5085. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245085>
- 12 - Australian College of Nursing. (2015). End-of-Life Care Nursing: Exploring the Impact of Death on Nursing Practice. Recuperado de [https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/2015/04/ACN\\_End-of-Life-Care-Nursing\\_Exploring-the-Impact-of-Death-on-Nursing-Practice.pdf](https://www.acn.edu.au/wp-content/uploads/2015/04/ACN_End-of-Life-Care-Nursing_Exploring-the-Impact-of-Death-on-Nursing-Practice.pdf)
- 13 - CIRCENIS, K.; MILLERE, I. Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, Amsterdam, v. 30, n. 1, p. 2042-2046, 2011. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.10.395 <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.395>
- 14- Gálvez-González M. El duelo anticipado en la familia de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos: Presentación de un caso clínico

- 15- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2021- 2023. Madrid: Elsevier, 2021.
- 16 - Bowlby, J. (1980). Apego y pérdida: Pérdida, tristeza y depresión (Vol. 3). Libros básicos.
- 17 - Vanderwerker, LC, Laff, RE, Kadan-Lottick, NS, McColl, S., Prigerson, HG y Block, SD (2005). Trastornos psiquiátricos y uso de servicios de salud mental entre cuidadores de pacientes con cáncer avanzado. *Revista de Oncología Clínica*, 23(28), 6899-6907.
- 18 - San Agustín. (2003). *La Ciudad de Dios*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- 19 - Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- 20 - Bermejo JC. *Estoy en duelo*. PPC, Madrid, 2005
- 21 - Pangrazzi A. *La pérdida de un ser querido. Un viaje dentro de la vida*. Paulinas, Madrid 1993.
- 22 – Han, S. S., Kim, H. J., Kim, S. H., & Lee, H. J. (2019). Effects of Death Experience of Nurses on Hospice and Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 5085. <https://doi.org/10.3390/ijerph16245085>
- 23 - Parellada D. *Prólogo en Grollman E.A. Vivir cuando un ser querido ha muerto*. Ediciones 29, Barcelona 1986

# CAPÍTULO VI. Caso clínico. Desintegración familiar

*Autores: Cristian Alexander Sarzosa Trávez.  
Hospital Metropolitano.  
Quito-Ecuador*

*Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.  
Grupo de Investigación Salud Digital.*

## Resumen

Dentro de la dinámica familiar pueden presentarse eventos súbitos que alteran su estructura y funcionamiento. A continuación, se presenta un caso de aplicación del proceso enfermero en una familia de tipo nuclear que reside en una zona rural de Ecuador que sufre una desintegración por abandono de uno de sus miembros. El abordaje se realizó usando varios enfoques de atención como el Modelo de atención integral en salud MAIS – FCI; el modelo de valoración familiar de Calgary y la teoría general de enfermería de Dorothea Orem. La articulación de estos enfoques y modelos permitió ejecutar un trabajo multidisciplinar y multisectorial que tuvo como resultado la mejora en el funcionamiento familiar, desempeño de actividades de la vida diaria y manejo de tratamientos de enfermedades crónicas, en el lapso de 2 meses, a través de la ejecución de visitas domiciliarias. El caso clínico permitió concluir que dentro de la enfermería familiar y comunitaria la aplicación de modelos teóricos específicos para cada caso permite un mejor abordaje; por ende, mejores resultados, mismos que al ser planificados y ejecutados bajo la metodología del proceso enfermero permiten aportar elementos valiosos dentro de la enseñanza en enfermería; como lo son planes de cuidado de enfermería estandarizados.

## **Presentación del caso**

El siguiente caso clínico presenta la aplicación del proceso de atención de enfermería como metodología principal con enfoque de atención integral de salud contemplado en el Modelo de Atención Integral en Salud MAIS – FCI vigente en Ecuador junto con componentes de la teoría general de enfermería de Dorothea Orem. La aplicación se dio en un caso de desintegración familiar en una familia de tipo nuclear compuesta por 3 integrantes (padres: adultos mayores, e hija única: adulta madura), residentes en la región sierra centro de Ecuador en una zona rural de actividad agrícola predominante. Se detalla la aplicación del modelo de valoración familiar de Calgary, que permitió identificar de manera integral mediante visitas domiciliarias, necesidades y problemas de salud de la familia, en donde, a raíz del abandono de la hija del hogar se generaron problemas de disfuncionalidad familiar y aumento de riesgo en cuadros clínicos de adultos mayores; además de problemas en el desenvolvimiento en actividades de la vida diaria. Asimismo, se presenta las intervenciones y resultados obtenidos por parte del Equipo de Atención Integral en Salud EAIS asignado para dicha zona geográfica.

## **Desarrollo de las etapas del proceso de Enfermería**

### **1. Etapa de Valoración**

Para la etapa de valoración se usó el modelo de valoración familiar de Calgary que establece recoger datos y aplicar herramientas como el Familiograma y el Apgar familiar (1) con el fin de identificar la estructura y el desarrollo familiar y una evaluación de su funcionalidad.

### **Estructura familiar**

El contexto del presente caso es el de una familia nuclear residente en la región sierra centro de Ecuador, misma que a raíz de una crisis normativa experimenta cambios en su estructura y en su funcionamiento.

Dicha crisis se identifica a través de la visita domiciliaria en donde los padres refieren que hace 2 meses su hija abandonó el hogar para vivir con su pareja. Esto ocurrió tras una fuerte discusión debido a que sus padres no aprobaban su relación. La hija ha acudido únicamente los fines de semana a visitarlos, pero esto ha generado problemas

con su pareja debido a que él no aprueba los viajes a la casa de sus padres. Ambos adultos mayores se encuentran preocupados porque no tienen manera de conseguir los medicamentos para sus respectivas enfermedades además de un conocimiento escaso de las mismas.

## **Aspectos internos, desarrollo Familiar**

Según Evelyn Duvall, la familia se encuentra en la etapa 7: familia con nido vacío o también conocida como familiar madura (2); donde las crisis normativas se hacen presentes por la salida del último hijo/a del hogar (en este caso corresponde a la salida de la hija única del hogar) asimismo, se presentan crisis de afrontamiento por parte de los padres hacia la vejez.



*Hasta este momento del desarrollo del caso le invitamos a pensar ¿Qué otros elementos del desarrollo familiar no fueron identificados en la valoración?*

## **Funcionamiento Familiar**

Instrumental: Con base en la entrevista aplicada en la visita domiciliar se identifica que ambos padres realizan actividades de la vida diaria; ambos presentan dificultades para las actividades instrumentales tales como movilizarse fuera de la vivienda. Asimismo, dentro de los roles de la familia, la madre ejecuta la mayoría de actividades relacionadas al cuidado del hogar. (5)

Expresivo: Se pudo identificar tristeza y desmotivación hacia la vida en ambos padres, cabe recalcar que estas emociones ya se presentaban en valoraciones anteriores, sin embargo, en la última valoración se vieron aumentadas en gran manera. Asimismo, se aplicó el Apgar familiar (figura 3) mismo que nos arroja un resultado de 6, que indica disfunción familiar severa. (6)



*En cuanto a los diversos modelos de valoración que existen ¿Considera usted que el modelo de valoración de Calgary fue el más adecuado para este caso familiar? ¿Cuales otros modelos de valoración familiar conocen usted?*

## 2. Etapa de Diagnóstico

### Características del grupo familiar (problemas reales y potenciales)

Con base en la taxonomía NANDA en su undécima versión 2018-2020, se establecieron 3 diagnósticos de enfermería reales con los cuales se elaboró los planes de cuidado respectivos detallados en las etapas posteriores del PAE (8): Conocimientos deficientes R/C Falta de educación en salud M/P; desconocimiento sobre la propia enfermedad, tratamiento y cuidados; aislamiento social R/C, ausencia de sistemas de apoyo M/P, padres conviven solos sin redes de apoyo; mantenimiento ineficaz de la salud R/C; apoyo social insuficiente M/P; dificultad para obtener atención en salud oportuna.



Momento de análisis *¿Cree usted que los diagnósticos con taxonomía NANDA planteados poseen una buena estructura y correlación con la etiología y manifestaciones en cada uno de ellos?*

Una vez finalizada la valoración se identificaron los problemas de salud y se aplicó el método de priorización de Hanlon (Figura 4), método que tiene como fin aplicar cálculos estadísticos para priorizar problemas en salud, sin embargo, se puede adaptar bajo el criterio de “Opinión de expertos” para situaciones como la presentada en esta valoración familiar. (7)



Estimado lector *¿Qué opina acerca del uso de la matriz de priorización de Hanlon para casos familiares tomando en cuenta que, este método fue diseñado para priorizar problemas comunitarios con una base estadística? ¿Usted utilizaría otro método de priorización?*

## 3. Etapa de Planificación

En esta etapa el EAIS estableció una planificación a ejecutarse en un lapso de 2 meses considerando todas las actividades y recursos que se desearon obtener. Asimismo, se realizó esta etapa usando la taxonomía NOC y NIC, dentro de esta última se incluyeron intervenciones de enfermería basadas en evidencia y contempladas dentro del MAIS-FCI. (3)

## **Diagnóstico 1:**

NOC: 1847 Conocimiento: Manejo de enfermedad crónica.

- 184702 Curso habitual de la enfermedad de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4).
- 184719 Cuando contactar a un profesional de salud de ningún conocimiento (1) a conocimiento sustancial (4).
- 194717 Procesos incluidos en el tratamiento de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4).

NIC: 5616 Enseñanza: Medicamentos prescritos

- Evaluar los niveles de conocimiento de los pacientes.
- Explicar la etiología de la enfermedad en términos entendibles.
- Comentar sobre la calidad de vida relacionada a la enfermedad.
- Instruir a los pacientes acerca de la frecuencia, modo de administración y cuidados acerca de la medicación a administrar.
- Aplicar estrategias visuales con información clave acerca de información sobre la administración de medicación (hojas con anotaciones, pictogramas, etc.)
- Enseñar acerca de almacenamiento y separación correcta de medicación.

## **Diagnóstico 2:**

NOC: 1504 Soporte social

- 150409 Refiere una red social de apoyo.
- Inadecuado (1) a completamente adecuado (5).
- 150411 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas.

- Inadecuado (1) a completamente adecuado (5).

NIC: 1604 Participación en actividades de ocio

- Verificar el ingreso de los pacientes dentro de la estrategia: Médico del Barrio (GeoSalud).
- Contacto con personal del MIES (Ministerio de inclusión económica y social) asignado al territorio.
- Gestión para interconsulta con psicología clínica y nutricionista del Centro de Salud tipo B más cercano.
- Contacto con Teniente Político de la Parroquia para ingreso a programas sociales para adultos mayores.

### **Diagnóstico 3:**

NOC: 2606 Estado de la familia

- 260604 Acceso al sistema sanitario
- Sustancialmente comprometido (2) a No comprometido (5)
- 260615 Recursos sanitarios adecuados
- Sustancialmente comprometido (2) a No comprometido (5)
- 260616 Recursos sociales adecuados
- Sustancialmente comprometido (2) a No comprometido (5)

NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario

- Planificar frecuencia de visitas domiciliarias (Según riesgo familiar MAIS mínimo 3 veces al año).
- Facilitar la atención en salud de control a pacientes mediante visitas domiciliarias.
- Entregar medicación correspondiente a tratamientos en la vivienda.

- Planificar inmunizaciones en casa según campañas activas (Refuerzos Covid-19 / Influenza).



Estimado lector ¿*Qué otras actividades basadas en evidencia hubieran incluido dentro de la etapa de planificación?*

#### **4. Etapa de Ejecución**

Un mes después de la visita en donde se realizó la valoración se ejecuta una nueva visita domiciliaria planificada con los siguientes resultados en cuanto a la planificación NIC:

- No existió respuesta a la solicitud de transporte por parte del Ministerio de Salud, se gestionó el mismo mediante la Junta Parroquial.
- Acudió el EAIS con el teniente político a la vivienda.
- Se realizó las intervenciones NIC 7400 – 5440 – 5616 conforme a lo planificado sin novedades.
- Dentro de la intervención 5440 al final de la visita domiciliaria se contacta a responsable del MIES quien se compromete a realizar visita domiciliaria en 1 mes.

Se ejecutó otra visita domiciliaria al mes siguiente con los resultados:

- Se ingresó a ambos adultos mayores dentro del programa de bono de desarrollo humano.
- Acudió el EAIS junto con un profesional de psicología clínica y nutrición quienes planifican acudir cada 2 meses.

#### **5 Etapa de Evaluación y Seguimiento:**

NOC: 1847 Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica

- 184702 Curso habitual de la enfermedad.
- De Escaso conocimiento (2) a sustancial conocimiento (4).

- 184719 Cuando contactar con un profesional sanitario.
- Ningún conocimiento (1) a sustancial conocimiento (4).
- 194717 Procesos incluidos en el tratamiento.
- De escaso conocimiento (2) a moderado conocimiento (3).

#### NOC: 1504 Soporte Social

- 150409 Refiere una red social de apoyo.
- De i nadecuado (1) a sustancialmente adecuado (4).
- 150411 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas inadecuadas (1) a moderadamente adecuado (4).

#### NOC: 2606 Estado de la familia

- 260604 Acceso al sistema sanitario.
- De sustancialmente comprometido (2) a no comprometido (5).
- 260615 Recursos sanitarios adecuados.
- De sustancialmente comprometido (2) a levemente comprometido (5).
- 260616 Recursos sociales adecuados.
- De sustancialmente comprometido (2) a levemente comprometido (4).

Seguimiento: El EAIS establece como estrategia de seguimiento visitas domiciliarias con enfoque de atención integral en salud cada mes, considerando la entrega de medicación para las enfermedades crónicas de ambos adultos mayores. (3)



Momento de análisis *¿Cree usted que la evaluación puede ser considerada satisfactoria? ¿El plan de cuidado ejecutado fue parte fundamental del logro de estos resultados?*

## Conclusión

La aplicación del proceso enfermero en casos de enfermería familiar y comunitaria puede articularse con estrategias de salud como el Modelo de Atención Integral en Salud MAIS – FCI de Ecuador como se indica en el caso clínico presentado. (1) (4)

Las crisis no normativas pueden presentarse de manera súbita en las familias.- El profesional de enfermería debe tener conocimiento de varios modelos teóricos de atención con el fin de elegir el adecuado para el caso familiar que se presente; en este caso el modelo de valoración familiar de Calgary nos permitió establecer una valoración mucho más amplia que la establecida dentro de la estrategia de ficha familiar del MSP de Ecuador; por ende, un contexto mucho más amplio y personalizado en cuanto a la familia (3) (4). Asimismo, la aplicación de la teoría general de Enfermería de Dorothea Orem permitió planificar y ejecutar actividades bajo un subsistema parcialmente compensatorio y en su mayoría de apoyo educativo con el fin de satisfacer el déficit de autocuidados presente en la familia (9).

A lo largo de la ejecución y planificación de las actividades existieron ciertos inconvenientes propios del sistema de salud ecuatoriano, sin embargo, se logró modificar ciertas actividades con el fin de garantizar la atención en salud integral a la familia considerando que el proceso enfermero en sí mismo es dinámico y adaptable. El resultado obtenido en la familia fue satisfactorio gracias a que existió un trabajo multidisciplinario y multisectorial.

## Referencias

1. Lúcia S, Szylit Bousso R, Frari Galera SA. The use of the Calgary Model for assessment of families of the aged in clinical practice. *Revista brasileña de Enfermería*. 2009 Aug; 62(4): p. 62.
2. Sarzosa Travez C, Paucar Naranjo V, Mosquera de Jesús M. Análisis situacional de Salud: San Antonio de Bayushig. I ed. Bayushig: Distrito 06d04 Salud; 2022.
3. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modelo de atención integral en salud MAIS - FCI Quito: Dirección nacional de articulación del sistema nacional de salud y red pública de salud complementaria; 2012.
4. Porras Roque M. Intervención preventivo promocional de enfermería relacionado con las crisis normativas de la familia en las etapas del ciclo vital de Duvall. *Revista médica Basandrina*. 2016; 10(1): p. 29-33.
5. Zabala G. M, Vidal G. D, Castro S M, Quiroga P, Klassen P. G. Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*. 2006 Dec; XII(2): p. 53-62.
6. Suarez Cuba , Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*. 2014 Dec; 20(1): p. 53-57.
7. González F. M, Jiménez Cabrera M. El método de Hanlon, herramienta metodológica para priorizar necesidades de salud. *Revista especializada en Ciencias de la Salud*. 2020; 27(1-2): p. 42-49.
8. NANDA. *Nursing Diagnoses, Definitions, Classification* Madrid: Elsevier; 2019.
9. López Díaz A, Guerrero Gamboa S. Perspectiva Internacional del uso de la teoría general de Orem. *Investigación y educación en Enfermería*. 2066; XXIV(2): p. 90-100.

# Anexos Caso 1

Figura 1

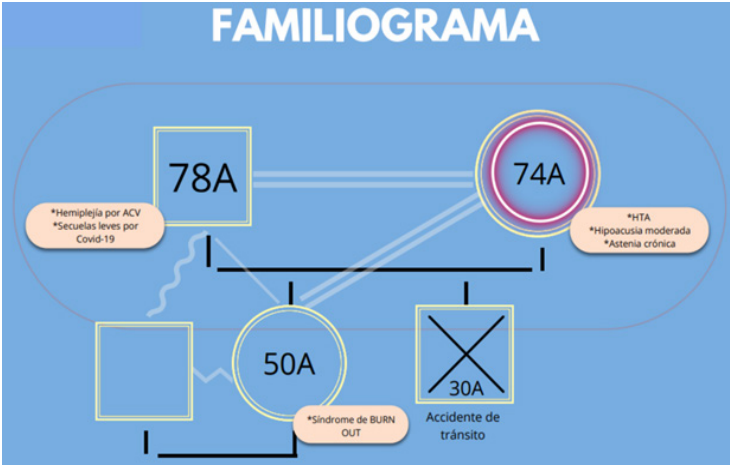


Figura 2

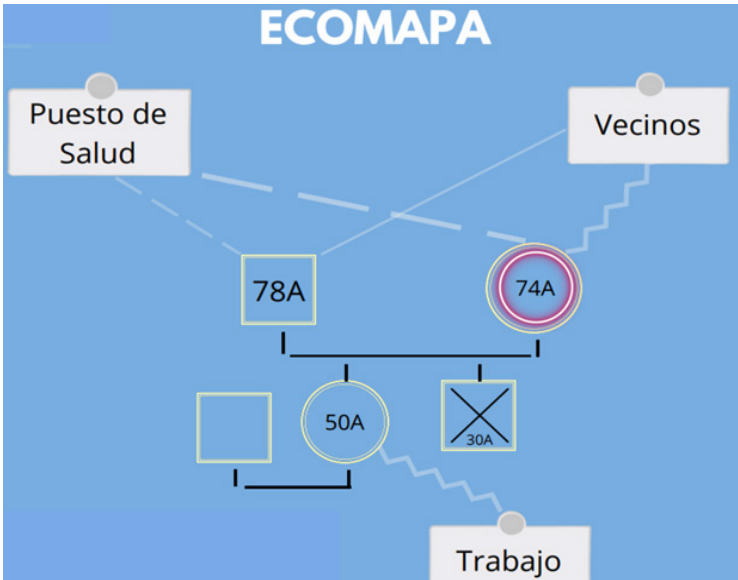


Figura 3

**APGAR FAMILIAR - ADULTOS**

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad			X		
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite		X			
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			X		
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.		X			
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero	X				

Figura 4

<b>PROBLEMAS DE SALUD</b>		Puntaje Método HANLOI
1	Padres no tienen conocimiento sobre cómo manejar sus enfermedades	30
2	Padres no tienen redes de apoyo ni interacción social	30
3	Abandono del cuidador principal quien gestionaba tratamiento de padres	27
4	Hija visita a padres fines de semana causando conflicto con su pareja	0
5	Vivienda de difícil acceso sin agua potable ni alcantarillado	0

# CAPÍTULO VII. Caso clínico: la familia con adolescentes

*Autoras: Melanie Abigail Villarreal Reinoso.  
Hospital Metropolitano.  
Quito-Ecuador*

*Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.  
Grupo de Investigación Salud Digital.*

## Introducción

El caso presentado se desarrolló con una familia del área rural ecuatoriana. Se aplicó el modelo de valoración de Calgary con la finalidad de valorar la estructura el desarrollo y funcionamiento familiar; promoviendo el cuidado de la salud y la prevención de enfermedades. Se trata de una familia nuclear constituida por 4 integrantes. Luego de priorizar tres diagnósticos de enfermería, las intervenciones se aplicaron empleando el modelo de Nola Pender, el cual se enfoca en las creencias de salud y la teoría de Dorothea Orem, basado en el autocuidado. Entre los resultados, se logró intervenir con los integrantes mediante visitas domiciliarias planificadas. La escucha activa fue clave para identificar formas de encaminar a la familia hacia el autocuidado de su salud y ayudarle a mejorar su funcionamiento familiar. Se respetaron las preferencias de cada individuo para lograr el accionar de enfermería. A partir de las intervenciones realizadas se concluye que enfermería es el pilar fundamental para la atención en el primer nivel de salud, mediante la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, favoreciendo al área biopsicosocial de cada individuo para tener un buen desarrollo familiar. El trabajo familiar es extenso por lo que se debe continuar con el apoyo a la familia para la mejora y el mantenimiento del funcionamiento familiar.

## **Presentación del caso**

El primer contacto con la familia se tuvo durante una campaña de vacunación a la cual acudió la madre, en quien se evidenció temblor de manos y cuerpo a causa de la Enfermedad de Huntington. El Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS) realizó la visita domiciliaria donde la madre comentó que dejó de tomar la medicación por temor, no acude a sus controles médicos y está perdiendo la memoria. Refirió que su hijo le ayuda con las labores del hogar y que su esposo no pasa tiempo en casa por su trabajo como cuidador de un cultivo. Además, el hijo refirió que sus padres no le apoyan en realizar nuevas actividades. En la siguiente visita, la madre dijo que su hijo no está vacunado contra la COVID-19, se habló con el adolescente y refirió que “no utiliza mascarilla y no se contagia”.

Para las intervenciones se aplicó el modelo de Nola Pender y la teoría de Dorothea Orem enfocado en la mala adherencia al tratamiento, la falta de apoyo familiar y las inmunizaciones incompletas del adolescente.

## **Desarrollo de las etapas del proceso de Enfermería**

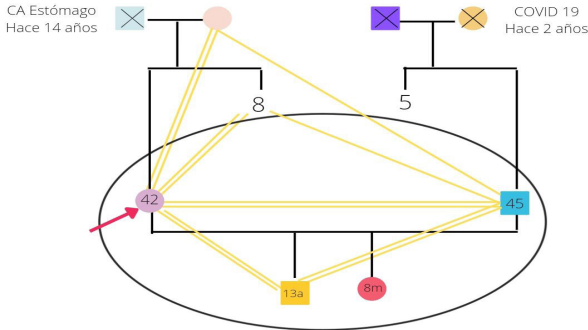
### **1. Etapa de Valoración**

Se utilizó el Modelo de Calgary basado en estructura, desarrollo y funcionamiento familiar (1).

#### **Estructura familiar**

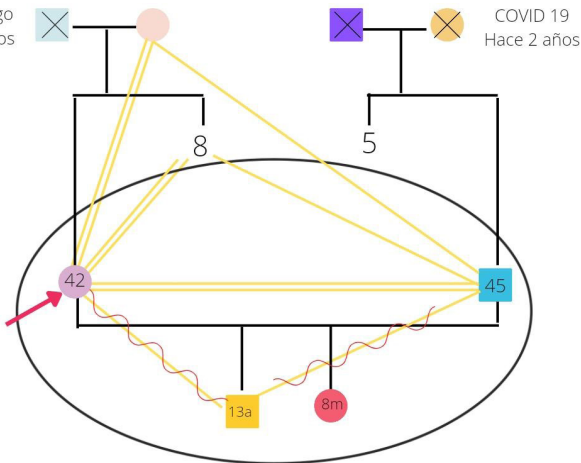
Primer contacto: La figura 1 muestra a una familia nuclear, conformada por 4 integrantes. Cuentan con el apoyo de la familia materna y tienen buenas relaciones entre sí.

**Figura 1**



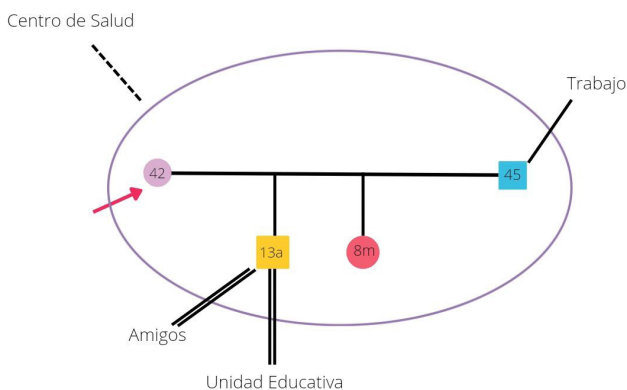
Segundo contacto: se aplica la herramienta APGAR a la madre e hijo. El APGAR realizado al hijo dio como resultado 10/20, disfunción moderada. Se logró mayor confianza con el adolescente, y refirió que no le apoyan en la realización de nuevas actividades y recreación familiar, por lo que no siempre tiene una buena relación con sus padres. Cambiando el familiograma (Figura 2).

**Figura 2**



Otra herramienta aplicada fue el ecomapa (Figura 3), su fuente de apoyo es el centro de salud, donde la madre acude por su enfermedad y los hijos acuden para sus controles de salud.

**Figura 3**



## Desarrollo Familiar

Según Evelyn Duvall, la familia se encuentra en la etapa 5: familia con hijos adolescentes (2); donde las crisis normativas se hacen presentes por el desarrollo del adolescente y la búsqueda de independencia



Hasta este momento del desarrollo del caso le invitamos a pensar *¿Qué otros elementos del desarrollo familiar no fueron identificados en la valoración?*

## Funcionamiento Familiar

Instrumental: todos los integrantes son capaces de realizar las actividades de la vida diaria e instrumentales según su edad.

Expresivo: el hijo siente falta de apoyo en la realización de nuevas actividades y recreación familiar. En cuanto a creencias en salud, la madre siente temor de su enfermedad por lo cual abandona su tratamiento farmacológico; el hijo no se vacuna contra la COVID-19, y no usa mascarilla.

Con el APGAR Familiar aplicado a la madre (Figura 4) y al hijo (Figura 5) se conoció como es la relación de los individuos. En este sentido, el hijo refiere que siente falta de apoyo, dando como resultado un APGAR de 15/20; es decir, disfunción leve. Es importante mencionar que no se realizó el APGAR al padre por su trabajo.

Figura 4

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					X
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					X
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					X
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					X
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.					X

Figura 5

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi Nunca (1 puntos)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					X
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.			X		
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	X				
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					X
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos; b) los espacios de la casa; c) el dinero.	X				



Estimado lector ¿Qué opinión tiene acerca de las técnicas empleadas para la valoración? ¿Qué aspectos de la dimensión emocional de los usuarios no han sido valorados?

## 2. Etapa de Diagnóstico

### Características del grupo familiar (problemas reales y potenciales)

Los problemas reales detectados fueron: la mala adherencia de la madre a su tratamiento farmacológico, vacunación incompleta del hijo, alta morbilidad por la enfermedad crónica, el empleo informal del padre y falta de apoyo en la realización de nuevas actividades.

Los problemas potenciales fueron: riesgo de contagio de enfermedades infecto contagiosas, riesgo de pérdida de la autonomía de la madre y riesgo de separación familiar.

Se aplicó el método de Hanlon para la priorización de problemas antes indicados. El principal es la mala adherencia de la madre al tratamiento farmacológico; el segundo es la falta de apoyo percibido por el hijo en nuevas actividades y recreación familiar y, finalmente, que el adolescente no tiene vacunación completa para la edad.

Se plantean 3 diagnósticos reales y de riesgo basados en la metodología NANDA (3). El primero son conocimientos deficientes R/C inadecuada participación en la planeación del cuidado M/P falta de adherencia al tratamiento farmacológico por temor a la enfermedad. El segundo es la interrupción en los procesos familiares R/C alteración en la satisfacción familiar M/P APGAR 15/20, descontento en apoyo a nuevas actividades y recreación familiar y, finalmente la protección ineficaz R/C inmunización inadecuada contra COVID 19 M/P creencia errónea en salud. Por otro lado, el primer diagnóstico de riesgo es el de conductas ineficaces de mantenimiento del hogar R/C, manifestaciones neuroconductuales (complicaciones de la enfermedad); el segundo es el riesgo de deterioro de la vinculación R/C insatisfacción de los miembros de la familia sobre la relación y, finalmente el riesgo de infección R/C inmunización inadecuada.



Hasta este punto, le invito a reflexionar *¿Qué piensa con relación a la prioridad establecida en la identificación de diagnósticos de enfermería de este caso? ¿Qué otros diagnósticos de enfermería considera usted que deberían haberse formulado?*

### **3. Etapa de Planificación**

Se utilizó la metodología NOC (3), el modelo Nola Pender y la teoría de Dorothea Orem

#### **Diagnóstico 1: Lapsos 2 meses**

NOC: 1847 Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica

Ningún conocimiento (1) a conocimiento extenso (5).

- 184703: Beneficios del control de la enfermedad.
- 184712: Efectos terapéuticos de la medicación.

NOC: 1808 Conocimiento: Medicación

Ningún conocimiento (1) a conocimiento extenso (5).

- 180807: Uso de sistemas de ayuda para recordar.
- 180810: Uso correcto de la medicación prescrita.
- 180812: Almacenamiento adecuado de la medicación.

#### **Diagnóstico 2: Lapsos 4 meses**

NOC: 2602 Funcionamiento de la familia

A veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4).

- 260211: Crea un entorno donde los miembros puedan satisfacer las necesidades de sus miembros.
- 260222: Los miembros se apoyan entre sí.

- Raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4).
- 260217: Los miembros expresan su acuerdo con la familia.

NOC: 1604 Participación en actividades de ocio

- 160401: Participación en actividades diferentes al trabajo habitual.
- Nunca demostrado (1) ha a veces demostrado (3).
- 160402: Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio.
- Raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4).
- 160407: Identificación de opciones recreativas.
- Nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5).

### **Diagnóstico 3: Lapso 2 meses**

NOC: 1900 Conductas de vacunación

- 190001: Reconoce el riesgo de enfermedad sin vacunación.
- Nunca demostrado (1) ha a veces demostrado (3).
- 190005: Cumple las vacunaciones recomendadas para la edad.
- A veces demostrado (3) a siempre demostrado (5).

NOC: 1602 Conductas de fomento de la salud

- 160217: Evita la exposición a enfermedades infecciosas.

Raramente demostrado (2) a siempre demostrado (5).



Estimado lector ¿Qué piensa con respecto a la relación de las intervenciones planificadas y el modelo teórico empleado en el caso? ¿Qué soluciones alternativas propondría usted en la etapa de planificación de este caso?

## 4. Etapa de Ejecución

### Diagnóstico 1

En el marco de las intervenciones se utilizó la teoría de Dorothea Orem de déficit de autocuidado, en donde la capacidad de un individuo no es la suficiente para mantener su salud. Para las intervenciones, se utilizó la metodología NIC (3) y el modelo de atención primaria en salud (MAIS).

**5602:** Enseñanza: Proceso de Enfermedad.

**5616:** Enseñanza: Medicamentos prescritos.

Evaluar los niveles de conocimiento de la madre.
Explicar la etiología de la enfermedad en términos entendibles.
Comentar sobre la calidad de vida relacionada a la enfermedad.
Planificar la visita domiciliaria con medicina familiar para referencia al segundo nivel de atención.
Instruir a la madre acerca de la frecuencia y modo de administración de la medicación.
Enseñar la importancia de la medicación para prevenir el apareamiento precoz de complicaciones.

Para el diagnóstico 2 y 3 se utilizó el modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, identificando las creencias, actitudes y comportamientos en salud para guiar al individuo en el mantenimiento de su salud (4,5). Además, se aplicó la metodología NIC (3) y MAIS.

### Diagnóstico 2

**7100:** Estimulación de la integridad familiar

Escuchar a la familia mediante visitas domiciliarias programadas.
Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas mediante el intercambio de sentimientos y actividades recreativas.
Facilitar la comunicación abierta entre los integrantes de la familia.
Aplicar la herramienta APGAR familiar.

### 5562: Educación parenteral: adolescentes

Solicitar a los padres que describan el comportamiento de su hijo.
Enseñar a los padres las características normales de los adolescentes.
Proporcionar recursos como folletos, material educativo sobre la crianza de los adolescentes.
Comentar a la familia sobre la opción de que el adolescente se una al club de adolescentes del centro de salud.

### 5100: Potenciación de la socialización

Fomentar las actividades sociales y comunitarias para que la familia participe.
Identificar las actividades recreativas que son de interés común.
Realizar actividades en las que todos los integrantes puedan participar.
Sugerir actividades artísticas como forma de relajación para la convivencia de la familia.
Fomentar el ejercicio físico para mantener y mejorar el estado de salud.
Realizar juegos donde se utilice el vocabulario con la finalidad de ejercitar la memoria de la madre.

## Diagnóstico 3

### 5510: Educación para la salud

### 6530: Manejo de inmunización/ vacunación

Determinar el conocimiento y las conductas de salud actuales.
Describir la enfermedad COVID 19 y la importancia del uso de la mascarilla.
Entregar información acerca de la inmunización COVID.
Explicar los riesgos y consecuencias de no vacunarse.
Administrar la vacuna PFIZER según lineamientos del país, entregar carnet y registrar próxima dosis.
Educar sobre posibles reacciones adversas.

Al mes de la primera visita domiciliaria, acudió el equipo EAIS conjuntamente con medicina familiar para valoración y referencia al segundo nivel de atención. Con la referencia, la madre acudió a la cita médica y recibió medicación. Se realizó intervenciones 5602 y 5626.

A los 4 meses de aplicación del APGAR, se realizó una revaloración, obteniendo un puntaje de 17.5/20; es decir, funcionamiento normal. Se realizó las intervenciones 7100, 5562 y 5100; sin embargo, no se contó con la presencia del padre.

En la última visita la madre refirió que su hijo no tiene vacuna contra el COVID, se realizó intervenciones 5510 y 6530. Es importante mencionar que, respetando la autonomía del adolescente, no se le inmunizó; sin embargo, al ser un riesgo de infección, se trató de hacerlo cambiar de opinión para salvaguardar su salud y la de la familia.



Estimado lector ¿Cuál es su apreciación con respecto a la pertinencia de las intervenciones para solución de los problemas del caso?

## **5. Etapa de Evaluación y Seguimiento:**

NOC 1847 Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica pasó a conocimiento extenso.

NOC 1808 Conocimiento: Medicación: pasó a conocimiento extenso.

NOC 2602 Funcionamiento de la familia: pasó a frecuentemente demostrado.

NOC 1604 Participación en actividades de ocio: pasó a frecuentemente demostrado.

NOC 1900 Conductas de vacunación: conocimiento pasó a raramente demostrado.

NOC 1602 Conductas de fomento de la salud: pasó a frecuentemente demostrado.

Seguimiento: es fundamental continuar con las visitas domiciliarias a la familia para observar que la madre siga con su tratamiento y que exista un buen funcionamiento familiar. Se debe incluir al padre en las intervenciones para lograr que todos los miembros estén activos en la planificación de enfermería.



Hasta este punto del desarrollo del caso, ¿Cuál es su opinión con relación al enfoque familiar desarrollado y qué recomendaciones haría para mejorar su abordaje?

## Conclusión

El abordaje de enfermería en la comunidad es fundamental para ayudar a la familia en su desarrollo y funcionamiento adecuado. La familia es un sistema que muchas veces no funciona de la manera correcta, esto a que cada individuo que lo conforma tiene sus necesidades específicas.

Mediante la aplicación de modelos de enfermería como: Calgary (1) para la valoración de la familiar donde las áreas de estructura, desarrollo y funcionamiento ayudan a que el profesional obtenga información concisa sobre cada individuo y mejora la planificación de enfermería. Con el modelo de Nola Pender (4) y la teoría de Dorothea Orem (6) utilizado para las intervenciones según los diagnósticos priorizados; se pudo interactuar con la familia con la finalidad de conocer sus creencias y accionar para cuidar de su propia salud para guiarlos a mejorar su autocuidado. A pesar de que se realizaron todas las intervenciones planificadas, no se pudo tener la presencia del padre en la ejecución de actividades con la familia. De igual forma, es fundamental destacar que se respetó la autonomía del adolescente al no querer vacunarse, se le explicó los beneficios individuales y colectivos, sin embargo, al no haber un resultado efectivo, se respetó su decisión.

## Referencias

1. Pulido-Castillo G, Correa-Muñoz E. Valoración familiar de Calgary, intervenciones de enfermería familiar. Caso Clínico. En: Casos y revisiones de Salud [Internet]. 2018 [citado 2022 dic 5]. p. 13–9. Available from: <https://cysr.zaragoza.unam.mx/wp-content/>

Contenido/Volumenes/V0N1/2ValoracionfamiliardeCalgary\_  
intervencionesdeenfermeriafamiliar\_Reportedecaso.pdf

2. Albuerno S. Etapas de la familia según DUVALL [Internet]. 2015 [citado 2022 dic 5]. Available from: [https://prezi.com/xaw\\_gztbkc2k/etapas-de-la-familia-segun-duvall/](https://prezi.com/xaw_gztbkc2k/etapas-de-la-familia-segun-duvall/)
3. Elsevier B.V. NNNConsult [Internet]. 2022 [citado 2022 may 1]. Available from: <https://www.nnnconsult.com>
4. Camacho J. Teoría de Nola Pender [Internet]. 2015 [citado 2022 dic 3]. Available from: <https://prezi.com/6vwnrcx3lv15/teoria-de-nola-pender/>
5. Osorio Villalobos V. Nola Pender [Internet]. SlideShare. 2013 [citado 2022 dic 3]. Available from: <https://es.slideshare.net/vanessaosoriovillalobos/nola-pender-22510590>
6. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2010 jun [citado 2022 dic 5];19. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es).

# CAPÍTULO VIII. Caso clínico. Cuidados paliativos

*Autores: Lenin Patricio Oña Chicaiza.  
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.  
Quito-Ecuador*

*Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.  
Grupo de Investigación Salud Digital.*

## Resumen

Caso familiar con enfoque en cuidados paliativos compuesta por madre con sobrepeso e hijo con diagnóstico de cáncer fase terminal. El EAIS de la Unidad de Salud, en este caso conformado por un médico familiar, médico general, enfermero/a y TAPS intervino en la atención integral del individuo con su contexto familiar y social. La metodología se estructuró de acuerdo con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque teórico del modelo de Calgary, que abarca estructura, desarrollo y funcionalidad familiar. A su vez se utilizó el método de Hanlon para realizar la priorización de problemas. En base a las intervenciones y ejecución de enfermería se llega a la conclusión de que se puede lograr un impacto positivo en la calidad de vida del paciente terminal al poner en práctica el rol docente; puesto que se evidencia poco interés en conocer etapas y cuidados en el proceso de la enfermedad por la desesperanza que esto conlleva. También se resalta bastante el rol cuidador al ejecutar ciertas intervenciones de enfermería prioritarias que encajan a las necesidades específicas de la familia y un punto indispensable a tratar es el papel de apoyo en la parte emocional y psicológica al preparar al usuario y su familia para el duelo y encaminar a aceptar la etapa final de la vida que corresponde a la muerte.

## Presentación del caso

Familia monoparental conformada por 2 integrantes, residentes en las Islas Galápagos; la madre de 59 años, divorciada, dedicada a los QQDD y venta de artesanía local, con sobrepeso. Su primer hijo de 40 años, soltero, pescador, con Dg de Ca de estómago con 7 meses de evolución en fase terminal con metástasis en intestinos. El usuario inicialmente era atendido en el Hospital de segundo nivel en donde estuvo internado, viajaba a la parte continental para recibir sesiones de quimioterapia y en el transcurso de su enfermedad el Hospital realizó una contra referencia al primer nivel de atención para que el paciente reciba cuidados paliativos en casa. Por otro lado, la madre tiene un segundo hijo de 36 años que se dedica a trabajar en un bar escolar como empleado y vive aparte con su esposa e hija de 5 años, por lo cual la relación con su madre y hermano es algo distante. Sin embargo, este ayuda a su madre en cuestiones económicas y medicinas que requiere su hermano. Los problemas que se encontraron fueron escasos conocimientos sobre el proceso de enfermedad y sus cuidados, alteraciones emocionales, cansancio físico del cuidador, mala alimentación y espacios inadecuados. En base a ello se realizaron las intervenciones sobre enseñanza en el proceso de la enfermedad, control del estado de ánimo y apoyo al cuidador principal.



Estimado lector: ¿Qué otro problema encontró usted hasta este punto en el caso? ¿Qué modelo e intervenciones de enfermería aplicaría usted?

## Desarrollo de las etapas del proceso de Enfermería

### 1. Etapa de Valoración

Se trata de una familia monoparental conformada por 2 integrantes; la madre de 59 años (integrante 1) con sobrepeso que se dedica al hogar y venta de artesanía, su situación de riesgo emocional o social relevante actual es que tiene sufrimiento por la situación del hijo, preocupación, cansancio y poco interés por el bienestar de su propia salud. Por otro lado, el hijo de 40 años (integrante 2) con Ca de estómago en fase terminal quien se dedicaba a la pesca se reusa a seguir indicaciones médicas, tiene desesperanza, tristeza, sufrimiento y aislamiento social. En cuanto a los indicadores más resaltantes de los problemas de la familia se tiene la disfunción familiar leve evidenciada en el Apgar

familiar, el distanciamiento familiar con el segundo hijo de la madre y el aislamiento social que se hizo evidente en la valoración del contexto social de la familia (ecomapa). Al aplicar algunas escalas, entre estas índice de Katz, Yessavage, y Karnofsky al integrante 2 (hijo) se observa que existe deterioro funcional en las ABVD y sugiere depresión.



Además, al aplicar la escala de Zarit a la madre se hace notorio una sobrecarga intensa en el cuidador. ¿Qué opinión tiene acerca de las técnicas empleadas para la valoración? ¿Qué otros elementos del desarrollo y del funcionamiento familiar y dimensión emocional pudo usted identificar?

## 2. Etapa de Diagnóstico

Para llegar a establecer diagnósticos de Enfermería se realizó la priorización de problemas según Hanlon y se encontraron los siguientes: escaso conocimiento y entendimiento sobre las indicaciones y prescripciones médicas, alteración en el aspecto emocional por el curso de la enfermedad en ambos integrantes de la familia y cansancio físico de la madre por el cuidado que demanda la enfermedad de su hijo. Los Dg con taxonomía NANDA resueltos fueron los siguientes:

- Autogestión ineficaz de la salud familiar R/C conocimiento inadecuado del régimen terapéutico M/P, opciones ineficaces en la vida diaria para alcanzar el objetivo de salud de la unidad familiar.
- Deterioro de la regulación del estado de ánimo R/C enfermedad crónica M/P desesperanza, actitud triste.
- Cansancio del rol del cuidador R/C alta domiciliaria con importantes necesidades de cuidado M/P cansancio físico, dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas, síntomas depresivos, baja productividad laboral.



¿Qué piensa con relación a la prioridad establecida en la identificación de diagnósticos de enfermería de este caso? ¿Qué otro/s diagnóstico/s de enfermería considera usted que deberían haberse formulado?

### 3. Etapa de Planificación

En esta etapa se establecieron 3 objetivos generales cada uno con su tiempo de cumplimiento y sus respectivos indicadores con la taxonomía NOC y fueron los siguientes; Para resolver el diagnóstico de conocimiento escaso del proceso de enfermedad se utilizaron los siguientes NOC; [1601] Conducta de cumplimiento con un tiempo objetivo de 15 días con los indicadores: busca información acreditada sobre el tratamiento, de raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4); realiza el régimen terapéutico según lo prescrito, de nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5), Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción, de a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4); [1833] conocimiento y manejo del cáncer con un tiempo objetivo de 15 días con los indicadores: objetivo de diferentes opciones terapéuticas, de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4); Signos y síntomas de complicaciones, de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4), y estrategias para afrontar los efectos adversos de la enfermedad, de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4).

Para resolver el diagnóstico del deterioro de la regulación del estado de ánimo se planteó el NOC [1204]; equilibrio emocional con un tiempo objetivo de 1 mes con los indicadores: muestra un estado de ánimo sereno, de raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4); conflicto de ideas, de frecuentemente demostrado (2) a raramente demostrado (4) y; refiere un nivel de energía estable, de raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4).


Para resolver el diagnóstico de cansancio del rol del cuidador se planteó el NOC [2210]; resistencia del papel del cuidador con un tiempo objetivo de 3 semanas e indicadores: relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados, de moderadamente (3) a sustancialmente adecuado (4); dominio de las actividades de cuidados directos, de moderadamente (3) a completamente adecuado (5); descanso para el cuidador familiar, de ligeramente adecuado (2) a sustancialmente adecuado (4); oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio, de ligeramente adecuado (2) a sustancialmente adecuado (4); suministros para los cuidados, de ligeramente adecuado (2) a sustancialmente adecuado (4).



¿Qué soluciones alternativas propondría usted en la etapa de planificación de este caso?

Las intervenciones de enfermería priorizadas según los diagnósticos y planificación se realizaron de la siguiente manera; para el primer diagnóstico 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad, en donde las actividades más importantes son: evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico, proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, evitar las promesas tranquilizadoras vacías, comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad; en este caso tener los cuidados adecuados en el manejo de la medicación, sondas, ostomías y alimentación saludable mediante visitas domiciliarias programadas 3 veces por semana con el EAIS, explorar recursos/apoyos posibles que se disponen en el Centro de Salud como visitas domiciliarias programadas 3 veces a la semana con el EAIS para seguimiento del caso y realizar intervención con el área de Psicología, instruir a la familia sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario y reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados. Para el segundo diagnóstico se utilizó [5330]: Control del estado de ánimo, en donde las actividades más importantes fueron evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, aplicar cuestionarios y escalas según corresponda, animar al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y la rehabilitación, proporcionar o remitir a psicoterapia familiar con el equipo de Psicología del Centro de Salud, relacionarse con el paciente a intervalos regulares para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos, animar a la familia a realizar actividades recreativas, estimulantes de los neurotransmisores y vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). Y para el tercer diagnóstico se utilizó [7040: apoyo al cuidador principal, en donde las actividades más importantes fueron determinar la aceptación del cuidador de su papel, admitir las dificultades del rol del cuidador principal, monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente, proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios, enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés, identificar fuentes de cuidados por relevo, actuar

en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo y animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.

 ¿Cuál es su análisis con relación a las intervenciones planificadas y a las prioridades asignadas? ¿Cuáles otras intervenciones se podrían considerar prioritarias que se puedan adicionar al caso?

#### **4. Etapa de Ejecución:**

El modelo teórico de Calgary permite tener una visión individualizada de la información y patrones familiares para guiar la planificación y ejecución de actividades profesionales (Correa & Pulido, 2018).

Existió bastante dificultad por la madre y cuidadora en comprender las indicaciones terapéuticas y médicas que dejaron desde el hospital, por ende, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería en el proceso de enseñanza y educación:

- Se evaluó el nivel actual de conocimientos de la familia relacionado con el proceso de enfermedad.
- Se proporcionó de manera clara y sencilla información a la familia acerca de la enfermedad.
- Se trató de evitar promesas tranquilizadoras vacías.
- Se detectó falencia en el conocimiento y cuidados con respecto al manejo de la medicación, sonda Foley, yeyunostomía y alimentación saludable. Esto se logró con una evaluación inicial y mediante visitas domiciliarias programadas 3 veces por semana con el EAIS conformado por el médico familiar, licenciados de enfermería y TAPS para el seguimiento del caso.
- Se programaron sesiones una vez a la semana con Psicología para mejorar la parte funcional y emocional de la familia.
- Se instruyó a la familia sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario.

- Se realizaron reuniones semanales con el personal de salud en donde se informaba la situación actual del paciente y los cuidados que requiere.

Se detectó alteración en la parte emocional de la familia mediante instrumentos aplicados y en base a los resultados objetivos y subjetivos evidenciados en las visitas domiciliarias se procedió con las siguientes intervenciones de Enfermería:

- Se animó al paciente a que adopte un papel activo en el tratamiento y mantenimiento de su propia salud.
- Se remitió a psicoterapia familiar con el equipo de Psicología del Centro de Salud.
- Se logró establecer una relación más cercana con la familia a intervalos regulares (3 veces por semana) para realizar los cuidados y/o darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos.
- Se animó a la familia a realizar actividades recreativas y estimulantes de los neurotransmisores y en las siguientes visitas la familia entusiasmada indicó al equipo EAIS pinturas hechas por el señor, lo cual le sirvió como terapia a ambos para sentirse mejor.
- Se vigiló el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación).

Con respecto al cansancio del cuidador:

- Se determinó la aceptación del cuidador de su papel.
- Se admitió las dificultades del rol del cuidador principal.
- Se monitorizó los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente, en este caso la relación poco cercana que tiene con su hijo menor quien podría representar un pilar de apoyo importante.
- Se proporcionó ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante cuidados de enfermería comunitarios.
- Se enseñó al cuidador técnicas de manejo del estrés.

- Se identificó fuentes de cuidados por relevo (ayuda con las visitas domiciliarias, hijo menor).
- Se actuó en lugar del cuidador al hacerse evidente una sobrecarga de trabajo, por ejemplo, en la movilización del señor de la cama a la silla de ruedas o viceversa,
- Se animó al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.

¿Cuál es su apreciación con respecto a la pertinencia de las intervenciones para solución de los problemas del caso?

## 5. Etapa de Evaluación y Seguimiento

La evaluación indica que se cumplieron a cabalidad con todos los objetivos planteados en el tiempo propuesto. En cuanto al primer objetivo: conducta de cumplimiento, conocimiento y manejo del cáncer, se logró mejorar los indicadores; busca información acreditada sobre el tratamiento, pasó de raramente demostrado (2) a veces demostrado (4); realiza el régimen terapéutico según lo prescrito, pasó de nunca demostrado (1) a frecuentemente demostrado (4); realiza las actividades de la vida diaria según prescripción, pasó de a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4); objetivo de diferentes opciones terapéuticas, pasó de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4); signos y síntomas de complicaciones, pasó de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4), estrategias para afrontar los efectos adversos de la enfermedad, pasó de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4). Con respecto al segundo objetivo (equilibrio emocional) se mejoró los indicadores: muestra un estado de ánimo sereno, pasó de raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4); conflicto de ideas, pasó de frecuentemente demostrado (2) a raramente demostrado (4); refiere un nivel de energía estable, pasó de raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4). Y con respecto al tercer objetivo se mejoró los indicadores; relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados, pasó de moderadamente (3) a sustancialmente adecuado (4); dominio de las actividades de cuidados directos, pasó de moderadamente (3) a completamente adecuado (5); descanso para el cuidador familiar, pasó de ligeramente adecuado (2) a sustancialmente adecuado (4);

oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio, pasó de ligeramente adecuado (2) a sustancialmente adecuado (4); suministros para los cuidados, pasó de ligeramente adecuado (2) a sustancialmente adecuado (4).



¿Qué piensa sobre relación a la evaluación realizada? ¿Usted evaluaría diferente? ¿cómo lo haría? ¿por qué?

## Conclusión

Una vez llevada a cabo la metodología de aplicación del presente caso se puede concluir que cada una de las etapas del proceso de atención de enfermería es tan válida e importante para alcanzar metas que se tienen como profesional con la familia, tanto en su estructura y funcionalidad interna como externa. Los cuidados paliativos son considerados parte integral de los sistemas de cuidados de salud y un elemento inalienable del derecho de los ciudadanos; estos cuidados deben ser orientados por las necesidades del paciente, teniendo en cuenta sus valores, preferencias, dignidad y autonomía (Chover et al., 2017). A través de las intervenciones de Enfermería y el trabajo con el equipo multidisciplinario, se logró establecer una adecuada valoración mediante herramientas de abordaje familiar y abordaje al paciente en la última etapa de vida. El profesional al establecer empatía y escucha activa logra mucho para y con el paciente y la familia. De esta forma se abre un espacio de confianza para que la familia exprese sus problemas o necesidades; así el equipo de salud puede establecerlas en un orden prioritario para intervenir. La atención primaria de salud muchas veces no cuenta con los recursos necesarios para dar el seguimiento respectivo que pacientes terminales requieren. Sin embargo, el equipo de salud tiene por compromiso con su vocación ver en un panorama todas las acciones posibles a ejecutarse para mejorar el conocimiento, cuidados de calidad, estado de ánimo y funcionalidad familiar. Solo de esta manera se alcanza una mejor calidad de vida tanto en el paciente terminal como en todo su círculo familiar.



¿Cuál es su opinión con relación al enfoque familiar desarrollado en este caso? ¿Qué recomendaciones haría para mejorar su abordaje?

## Referencias

1. Chover, E., Martínez, A., & Lapeña, Y. (2017). Conocimientos en cuidados paliativos. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1610.2847>
2. Correa, E., & Pulido, G. (2018). Caso clínico y Revisiones de Salud. Valoración familiar de Calgary, intervenciones de enfermería familiar. *Casos y Revisiones de Salud*, 19(1), 13–19. [https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/Contenido/Volumenes/V0N1/2ValoracionfamiliardeCalgary\\_intervencionesdeenfermeriafamiliar\\_Reportedecaso.pdf](https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/Contenido/Volumenes/V0N1/2ValoracionfamiliardeCalgary_intervencionesdeenfermeriafamiliar_Reportedecaso.pdf)

# CAPÍTULO IX. Caso clínico: enfermedades crónicas

*Autores: Israel Joan Jácome Bosquez.  
Licenciado en Enfermería.  
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.  
Quito-Ecuador.*

*Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.  
Grupo de Investigación Salud Digital.*

## Resumen

Familia de 2 integrantes conformada por pareja. Familia con mala relación, ella padece de diabetes mellitus tipo 2 con hipertensión arterial desde hace 6 años; Tto con metformina de 500mg 1 vez al día; Losartán de 50mg 1 vez al día, con mala adherencia al tratamiento; toma la medicación cuando lo recuerda, alimentación poco saludable, considera que las medicinas no le están ayudando a sus problemas de salud. Se utilizó el modelo de valoración familiar de Calgary demostrando la mala relación entre padres, la madre no acude regularmente al centro de salud para las curaciones de su pie diabético, padre no aporta económicamente por su mala relación en el trabajo. Familia se encuentra en la etapa VII del ciclo familiar de Duvall, APGAR familiar demuestra disfunción familiar severa (1). Es importante abordar todos los aspectos importantes dentro de la familia entre ellos determinar y priorizar los problemas de salud, para ello se utilizó el método de HANLON que es una herramienta metodológica para priorizar necesidades y problemas de salud (2), el más alto puntaje priorizó la ulcera en pie derecho con líquido purulento y mal olor, continuando con la realización del Proceso de Atención de Enfermería.

## Presentación del caso

Familia con diversos problemas familiares, entre los más importante a resolver se encuentra: mala relación entre pareja, tienen una hija que vive en otra parroquia que constantemente visita a su madre para poder cuidarla y aportar económicamente. Producto de las constantes ausencias de la hija en el hogar tiene una mala relación con su esposo y su hija de 15 años. Madre tiene problemas de salud, tiene diagnóstico de diabetes mellitus tipo II hace 8 años, pie diabético en grado II en la clasificación de Maggit. Lak madre tiene una mala adherencia al tratamiento y no acude al centro de salud para sus curaciones del pie. Las constantes ausencias del padre en su hogar complicaron al equipo EAIS poder realizar las diversas intervenciones que se tenían planificado para la familia por lo cual la mayor parte fueron realizadas hacia la madre. Dentro de las intervenciones priorizadas se encuentra directamente con el deterioro de la integridad tisular del pie diabético donde se analizó y se asignó a un licenciado o médico que realice todos los días curaciones por medio de las visitas domiciliarias

## Desarrollo de las etapas del proceso de Enfermería

**Etapas de Valoración:** dentro de la etapa de la valoración los indicadores más resaltantes de la familia fueron las patologías de la familia, la madre tiene Diabetes Mellitus tipo II, diagnóstico de pie diabético, Hipertensión arterial y obesidad, tiene desinterés por su salud, no tiene una buena adherencia a los medicamentos, no asiste periódicamente a sus limpiezas de pie diabético y por una ocasión tuvo un intento autolítico. El padre de familia es alcohólico desde hace 15 años frecuente encontrarse con sus compañeros del trabajo para consumir bebidas alcohólicas, padece de hipertensión arterial, tiene una situación laboral inestable lo que provoca que no aporte económicamente al hogar. Su hija tiene su propia familia y se encuentra a 45 minutos de la casa de sus padres, al ver la necesidad de su madre acude constantemente a su casa para ayudarla económicamente y cuidarla.



*¿Qué opinión tiene acerca valoración realizada? ¿Qué aspectos de otras dimensiones de la persona y la familia no han sido valorados? ¿Cómo valoraría usted estos otros aspectos?*

**Etapas de diagnóstico:** se realizó una tabla de problemas reales y

potenciales, junto con el método de Hanlon, se priorizaron los problemas dando como principal problema, la úlcera en el pie derecho con líquido purulento y mal olor; seguido de la mala adherencia al tratamiento, y riesgo de intento autolítico. Con los problemas priorizados y utilizando los diagnósticos NANDA se tiene como primer diagnóstico el 00044 deterioro de la integridad tisular r/c enfermedad metabólica (diabetes) M/P dolor agudo, exposición del tejido debajo de la epidermis, líquido purulento de mal olor y maceración. Seguido de 00292 conducta de mantenimiento ineficaz de la salud r/c conflicto entre conductas de salud m/p interés inadecuado en mejorar la salud, y 00289 riesgo de conducta suicida r/c síntomas depresivos.



Hasta este punto le invito a reflexionar ¿Qué piensa con respecto a la prioridad establecida en la identificación de diagnósticos de enfermería de este caso? ¿Qué otro/s diagnóstico/s de enfermería considera usted que deberían haberse formulado?

**Etapas de Planificación:** los objetivos de resultados NOCs fueron realizados según cada diagnóstico. Para el primer diagnóstico (00044) el NOC utilizado es 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas para un lapso de 2 meses. Sus indicadores fueron: lesiones cutáneas pasar de sustancial (2) a leve (4); tejido cicatricial, pasar de sustancial (2) a leve (4); hidratación, pasar de levemente comprometido (4) a no comprometido (5). El segundo NOC del primer diagnóstico es 1103: curación de la herida por segunda intención; sus indicadores fueron granulación, pasar de sustancial (4) a escaso (2); secreción purulenta, pasar de moderado (3) a ninguno (1); edema perilesional pasar de moderado (3) a ninguno (5); mal olor de la herida, pasar de extenso (1) a escaso (4). Para el segundo diagnóstico (00292) el NOC utilizado es 1820 conocimiento y control de la diabetes para un lapso de 1 mes; sus indicadores fueron: plan de comidas prescrito, pasar de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4); prácticas preventivas de cuidados de los pies, pasar de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4); uso correcto de la medicación prescrita, pasar de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4). Para el tercer diagnóstico (00289) el NOC utilizado es 1409, Autocontrol de la depresión en un tiempo constante; sus indicadores fueron: identifica factores precursores de depresión, pasar de raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4); refiere mejoría del estado de ánimo pasar de raramente demostrado (2)

a frecuentemente demostrado (4); fija objetivos realistas pasar de a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4).



¿Cuál otro objetivo plantearía usted y para que diagnóstico?  
¿Qué piensa con respecto a la relación de las intervenciones planificadas en el caso? ¿Qué soluciones alternativas propondría usted en la etapa de planificación de este caso?

Las intervenciones NIC fueron realizadas según cada diagnóstico. Para el primer diagnóstico el NIC utilizado es 3660; cuidados de las heridas dentro de las actividades se realizó: monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor; medir el lecho de la herida; limpiar con solución salina fisiológica; mantener una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida; colocar mecanismos de alivio de presión (ejemplos: colchones con baja pérdida de aire, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón, cojín para la silla); enseñar al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura. En el segundo diagnóstico el NIC utilizado es 5616; Enseñanza: medicamentos prescritos y las actividades realizadas fueron: informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento; explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada; instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento; revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación; informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación; reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados. En el tercer diagnóstico el NIC utilizado fue 4470; Ayuda en la modificación de sí mismo, las actividades fueron: animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos; valorar las razones del paciente para desear cambiar; ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada; valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. Ayudar al paciente a desarrollar una hoja de codificación fácil de utilizar que ayude en el registro de conductas (puede ser un gráfico o una tabla); animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido; explorar con el paciente el uso potencial de las imágenes guiadas, la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta.

**Etapa de ejecución:** Debido a que la señora no acudía al Centro de Salud a recibir sus curaciones de acuerdo como prescribió el médico familiar (una vez al día), se tomó la decisión con el equipo de planificar visitas domiciliarias diarias para realizar la respectiva curación del pie, cabe mencionar que por falta de personal no acudió el EAIS completo diariamente, solamente el personal de enfermería, y para cumplir con lo siguiente se monitorizó las características de la herida, incluyendo: drenaje, color, tamaño y olor. Se midió el lecho de la herida; se limpió con solución salina fisiológica, se mantuvo una técnica de vendaje estéril al realizar los cuidados de la herida; se inspeccionó la herida cada vez que se realiza el cambio de vendaje, se colocó mecanismos de alivio de presión (por ejemplo: colchones con baja pérdida de aire, de espuma o gel, almohadillas para el codo o el talón, cojín para la silla). Se enseñó al paciente y a la familia a almacenar y desechar los apósitos y el material de cura; se enseñó al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.

Con respecto a la educación e intervención con la adherencia a los medicamentos, se realizó lo siguiente en cada encuentro con la paciente tanto en el Centro de Salud como en el domicilio. Se realizó la entrega de Metformina 500 mg y Losartán 50 mg mensualmente bajo prescripción médica. Se informó al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Se explicó cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada. Se instruyó al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. Se revisó el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación. Se informó al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. Se informó al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según sea correspondiente, se reforzó la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.

En cuanto al componente psicológico y mental de la paciente; se intervino cada 15 días con el EAIS en conjunto con el Psicólogo en el domicilio tanto para evaluar cambios del patrón de comportamiento, emociones, pensamiento y conducta como para realizar lo siguiente: se animó al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos; se valoró las razones del paciente para desear cambiar; se ayudó al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada; se valoró el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación

con el cambio deseado; se ayudó al paciente a desarrollar una hoja de codificación fácil de utilizar que ayude en el registro de conductas (puede ser un gráfico o una tabla). Se animó al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido. Se exploró con el paciente el uso potencial de las imágenes guiadas, la meditación y la relajación progresiva para intentar cambiar la conducta. Se ayudó al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños. Adicionalmente se realizó solicitud al distrito 20d01 para adquirir de una silla de ruedas en óptimas condiciones el día 11/05/2022, y con autorización el centro de salud de Santa Cruz el día 30/05/2022 se entregó como ayuda técnica la silla de ruedas a la madre de familia.



¿Cuál es su apreciación con respecto a la pertinencia de las intervenciones para solución de los problemas del caso?  
¿Alguna intervención que se haya pasado por alto?

**Etapas de evaluación y seguimiento:** Todos los objetivos planteados fueron realizados en el tiempo establecido, los indicadores del NOC 1101 pasaron de: lesiones cutáneas, pasó de sustancial (2) a moderado (3); tejido cicatricial, pasó de sustancial (2) a moderado (3); hidratación paso de levemente comprometido (4) a no comprometido (5). Los indicadores del NOC 1103 pasaron de granulación, pasó de sustancial (4) a moderado (3); secreción purulenta, pasó de moderando (3) a escaso (2); edema perilesional pasó de moderado (3) a sustancial (2), mal olor de la herida pasó de extenso (1) a moderando (3). Los indicadores del NOC 1820 fueron: plan de comidas prescrito, pasó de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4); practicas preventivas de cuidados de los pies, pasó de conocimiento escaso (2) a conocimiento extenso (5); uso correcto de la medicación prescrita pasó de conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4). Los indicadores del NOC 1409 pasaron de: identifica factores precursores de depresión, pasó de raramente demostrado (2) a veces demostrado (3); refiere mejoría del estado de ánimo, pasó de raramente demostrado (2) a veces demostrado (3); fija objetivos realistas pasó de a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4). Dentro del seguimiento el Equipo EAIS continua con las intervenciones a la familia cada 15 días donde se analiza las mejoras y falencias que se pueden presentar.



Hasta este punto del desarrollo del caso, ¿cuál es su opinión con relación al enfoque familiar desarrollado y qué recomendaciones haría para mejorar su abordaje?

## Conclusión

Mediante las intervenciones dadas se pudo notar de una forma cuantitativa y cualitativa la mejoría de la familia tanto en el ámbito de salud como la organización de la familia. Al tener el equipo EAIS muy bien estructurado y organizado se pudo realizar intervenciones que se adapten a las necesidades del paciente como fueron las curaciones diarias en visitas domiciliarias al pie diabético. Los modelos y herramientas utilizadas ayudaron enormemente a la familia, ya que se pudo priorizar de una forma adecuada los problemas para dar una solución inmediata.

Como profesionales de la salud o que aún estén en su formación académica es importante conocer la comunidad donde están laborando; observar quienes son los líderes de la comunidad y mantener siempre contacto con ellos, ya que los líderes siempre saben las dificultades de su comunidad y, por ende, nos refieren a las familias que más problemas de salud tienen y necesitan nuestra ayuda profesional de salud; es allí donde el equipo EAIS debe actuar y realizar las mejores intervenciones dependiendo de las necesidades de la familia. El comité local de salud es un excelente programa que ayuda a concertar con las familias que más necesitan ayuda.

## Referencias Bibliográficas

1. Suarez M. SCIELO APGAR FAMILIAR. [Online].; 2014 [cited 2022]. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582014000100010&script=sci_arttext).
2. González FM. Método de Hanlon. [Online].; 2018 [cited 2022]. Available from: <https://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/72839>.



# CAPÍTULO X. Caso clínico: disfunción familiar

*Autores: Diana Madelyn Cifuentes Alava.  
Centro de Salud Conocoto.  
Quito-Ecuador.*

*Judith Francisco-Pérez.  
Docente de la Facultad de Enfermería.  
Pontificia Universidad Católica del Ecuador.  
Grupo de Investigación Salud Digital.*

## Resumen

El presente caso familiar fue abordado con una familia con disfunción familiar severa, la cual se trabajó en conjunto con el proceso de atención de enfermería y todas sus etapas (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución, Evaluación y Seguimiento) en las que se vinculó diferentes modelos de enfermería, tales fueron: modelo de valoración de Calgary y sus tres etapas (Estructura familiar, Desarrollo Familiar y Funcionamiento familiar). Por otra parte, como herramienta metodológica para priorización de necesidades y problemas de salud, se utilizó el método de Hanlon; el cual fue efectivo; se valoró su magnitud, severidad, eficacia y factibilidad para un manejo eficiente de los problemas a resolver, gracias a su estructura para dar prioridad a cada problema.

En cuanto a los resultados obtenidos con el arduo trabajo y buena aplicación del proceso de atención de enfermería, se logró cumplir con todos los objetivos planificados para la familia. Se concluye que el abordar este tipo de casos familiares, resulta beneficiosos tanto para la familia como para los profesionales involucrados en este espacio ya que, por medio de instrumentos, teorías y modelos de enfermería

aplicados se pudo brindar un espacio de orientación y apoyo a cada uno de los integrantes de la familia.

Como recomendación, se sugiere seguir trabajando con familias con vulnerabilidad, para así poner en práctica los diferentes instrumentos y abordajes familiares, tanto para la ayuda a la familia, como para la ayuda profesional en base a conocimientos y experiencias que se puede suscitar.

## **Presentación del caso**

Familia monoparental, con disfunción familiar severa dentro de la etapa VIII de Duvall. Familia de 3 integrantes, jefa del hogar de 54 años, Madre 87 años e hija 24 años. Padre de familia abandonó el hogar. Su madre esta diagnosticada con HTA, hipoacusia grave y sarcopenia; de igual manera se encuentra encamada y bajo escala de KATZ, se ubica dentro de una incapacidad severa. Por otra parte, su hija tiene discapacidad intelectual del 60%. Jefa del hogar trabaja de artesana por las noches y se encuentra al cuidado de su madre e hija, en la que desconoce los cuidados respectivos de las dos.

A la primera visita domiciliaria la jefa de hogar manifiesta verbalmente estrés, desgaste laboral, agotamiento emocional y descuido en la toma de su medicación; el cual debe tomar a diario por su patología (Hipertensión arterial). En ocasiones su hija muestra conflictos con la madre debido a que no se le permite socializar con sus amigos, en ocasiones se encuentra a cargo de su abuela. Los modelos de enfermería aplicados fueron el de Calgary, Hanlon y el modelo de Duvall, para ubicar la etapa en la que se encontraba la familia.

## **Desarrollo de las etapas del proceso de Enfermería**

### **1. Etapa de Valoración**

La valoración realizada se dio en conjunto con el modelo de Calgary; el cual se valoró sus tres ejes (estructura, desarrollo y funcionamiento familiar); el cual permitió identificar las necesidades familiares, brindando la oportunidad como profesionales de enfermería de planificar, ejecutar y evaluar intervenciones y actividades específicas para el manejo de la estructura y salud familiar. (1)

## **Estructura familiar**

Para una estructuración familiar eficiente, se trabajó con el instrumento del Familiograma (Figura 1), que permite reconocer las relaciones biológicas; las cuales no sostienen una relación conflictiva con el padre de familia que abandono el hogar. Por otra parte, se logró conocer, los problemas de salud de cada integrante, y ocupación de cada uno de ellos. No obstante, también proporciono información acerca del tipo de familia que es, la cual es monoparental.

Otro instrumento aplicado fue el ecomapa que permitió conocer las interrelaciones de la familia con la sociedad (Figura 2), donde no existe una buena relación entre la madre con los vecinos. La hija tiene una mala relación con la iglesia, pero una buena relación con el personal del Centro de Salud de su sector, a pesar de que su madre no le permite muchas veces acudir al centro de salud.

## **Desarrollo Familiar**

La familia se encuentra dentro de la etapa VIII de ciclo familiar según Duvall, la cual es una familia anciana. La jefa de familia se encuentra a cargo de su madre que es anciana que requiere un cuidado debido a su vulnerabilidad, grado de funcionalidad y autonomía. Por otra parte, también se encuentra a cargo de su hija con discapacidad intelectual del 60%.

## **Funcionamiento Familiar**

Instrumental: jefa del hogar a cargo de su madre adulta mayor e hija en el día, y trabaja en la noche todos los días. Jefa del hogar desconoce los cuidados respectivos que necesita su madre e hija. No existe apoyo de la familia para el cuidado de la madre e hija de la jefa del hogar. Aplicación del APGAR familia (Figura 3).

Expresivo: jefa del hogar se encuentra agotada por el cuidado de su madre e hija y también por su trabajo nocturno. Jefa del hogar muestra preocupación por estado de salud de su madre e hija. Jefa del hogar busca ayuda por parte de los demás integrantes de la familia, pero no encuentra ayuda por parte de ellos, se encuentra desmotivada y con angustia de no saber cómo más apoyarse para el cuidado de su madre e hija. Apgar Familiar: Puntuación 3, Disfunción familiar severa.



Con la información presentada hasta ahora, reflexione: *¿Qué otros elementos del desarrollo y del funcionamiento familiar no fueron identificados en la valoración del caso? ¿Qué relaciones o vínculos identifica usted entre los aspectos valorados en el caso? ¿Qué diagnósticos de enfermería anticipa usted deberían identificarse?*

## 2. Etapa de Diagnóstico

### Características del grupo familiar (problemas reales y potenciales)

Los diagnósticos de enfermería identificados y los que se han considerado prioritarios para intervenir en el grupo familiar son los siguientes:

- a. Cansancio del rol de cuidador R/C. Duración extendida de la prestación de cuidado requerido M/P Fatiga, verbaliza ciclo de sueño-vigilia alterada, baja productividad laboral.
- b. Conductas de mantenimiento ineficaz de salud R/C. Conflicto entre conductas de salud M/P. Interés inadecuado en mejorar la salud. Desinterés de su estado de salud.
- c. Conocimientos deficientes R/C. Información inadecuada M/P. Desconocimiento sobre el cuidado respectivo de la enfermedad.



Antes de continuar, piense en lo siguiente: *¿Qué ideas, dudas o inquietudes le surgen con relación a los diagnósticos formulados? ¿Qué piensa con relación a la prioridad establecida en la identificación de diagnósticos de enfermería de este caso? ¿Qué otros diagnósticos de enfermería considera usted que deberían haberse formulado?*

## 3. Etapa de Planificación

Dentro de la etapa de planificación, como prioridad se utilizó el modelo de Virginia Henderson de las 11 necesidades humanas. Este modelo dicta que el personal de enfermería asiste a los pacientes en sus

actividades básicas de la vida diaria para mantener su salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. De igual manera, el objetivo de este modelo es que el paciente sea independiente lo ante posible, por lo cual está enfocada en sus cuatro paradigmas (Salud, Persona, Entorno y Enfermera) (3)

### **Diagnóstico 1: Lاپso 2 meses**

NOC: 2506 Salud emocional del cuidador principal

- 250613: Cargas percibidas (1) de grave a (5) ninguno.
- 250617: Afrontamiento (1) de gravemente comprometido a (5) no comprometido.
- 250620: Estrés psicológico (1) de grave a (5) ninguno.

NOC: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

- 220213: Conocimiento de las visitas a los profesionales sanitarios (1) de inadecuado a (5) completamente adecuado.

NIC: 7040: Apoyo al cuidador principal

- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Informar al personal/centro de salud sobre la estancia del paciente en casa, su estado de salud.

NIC: 5270: Apoyo emocional

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir a servicios de asesoramiento (Psicología / Medicina familiar del Centro de Salud)

NIC: 5440: Aumentar sistemas de apoyo

- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Planificar 1 visita domiciliaria a la semana por parte del equipo EAIS.

## **Diagnóstico 2: Lapsos 2 meses**

NOC: 1837 Conocimiento: Control de la hipertensión

- 183713: Importancia de la adherencia al tratamiento: (2) de desconocimiento escaso a (5) conocimiento extenso.
- 183707: Importancia del tratamiento a largo plazo: (2) de desconocimiento escaso a (5) conocimiento extenso.
- 183731: Beneficios del control de la enfermedad (2) de desconocimiento escaso a (5) conocimiento extenso.

NIC: 5602: Enseñanza: Proceso de Enfermedad

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Describir las posibles complicaciones crónicas.

- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

### **Diagnóstico 3: Lapsos 2 meses**

NOC: 1847 Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica

- 220202: Conocimiento sobre el rol de cuidador (1) de inadecuado a (5) completamente adecuado.
- 184711: Uso correcto de la medicación prescrita (1) de ningún conocimiento a (5) conocimiento extenso.
- 184719: Importancia de cumplir el régimen terapéutico (1) de ningún conocimiento a (5) conocimiento extenso.
- 180605: Necesidad de asistencia continuada (1) de ningún conocimiento a (5) conocimiento extenso.

NIC: 5606: Enseñanza: Individual

- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del cuidador.
- Instruir al paciente, cuando corresponda.
- NIC: 6490: Prevención de caídas
- Indicar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.
- Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

NIC: 5616: Enseñanza: Medicamentos prescritos

Revisar el conocimiento que el cuidador tiene de cada medicación.

Instruir al cuidador acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.



Desde una visión crítica: ¿Cuál es su análisis con relación a las intervenciones planificadas y a las prioridades asignadas? ¿Qué valoración hace con respecto a las relaciones o interacciones que podrían surgir de las actividades planificadas? ¿Qué piensa con respecto a la relación de las intervenciones planificadas y el modelo teórico empleado en el caso? ¿Qué soluciones alternativas propondría usted en la etapa de planificación de este caso?

#### 4. Etapa de Ejecución

##### Diagnóstico 1

En cuanto a la etapa de ejecución, no se obtuvo algún problema para la realización de las actividades planificadas; donde se programó 1 visita domiciliaria a la semana en la que actuó el equipo EAIS conformado por un Médico Familiar, Psicólogo, Enfermero Rural, Medico Rural y TAPS del Centro de Salud.

Se admitió las dificultades del rol del cuidador principal.
Se proporcionó información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias.
Se enseñó al cuidador técnicas de manejo del estrés.
Se informó al personal/centro de salud sobre la estancia del paciente en casa y su estado de salud.
Se comentó la experiencia emocional con el paciente.
Se animó al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
Se proporcionó ayuda en la toma de decisiones.
Se remitió a servicios de asesoramiento (Psicología / Medicina familiar del Centro de Salud).
Se informó al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

Se planificó 1 visita domiciliaria a la semana por parte del equipo EAIS.

## Diagnóstico 2

Se evaluó el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.

Se describió los signos y síntomas comunes de la enfermedad.

Se describió el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.

Se comentó los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.

Se describió las posibles complicaciones crónicas.

Se ayudó al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.

Se instruyó al paciente sobre cómo seguir las prescripciones.

Se informó al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

## Diagnóstico 3

Se valoró el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del cuidador.

Se instruyó al paciente, cuando corresponda.

Se indicó la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc.

Se enseñó técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.

Se revisó el conocimiento que el cuidador tiene de cada medicación.

Se instruyó al cuidador acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.



Hasta este punto: *¿Cuáles de las intervenciones ejecutadas merecen ser reorientadas? ¿Cómo las reorientaría y por qué considera necesario hacerlo? ¿Cuál es su apreciación con*

*respecto a la pertinencia de las intervenciones para solución de los problemas del caso?*

## **5. Etapa de Evaluación y Seguimiento:**

NOC: 2506 Salud emocional del cuidador principal

- 250613: Cargas percibidas (1) de grave pasó a (3) moderado.
- 250617: Afrontamiento (1) de gravemente comprometido pasó a (3) moderadamente comprometido.
- 250620: Distrés psicológico (1) de grave pasó a (3) moderado.

NOC: 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

- 220213: Conocimiento de las visitas a los profesionales sanitarios (1) de inadecuado pasó a (5) completamente adecuado.

NOC: 1837 Conocimiento: Control de la hipertensión

- 183713: Importancia de la adherencia al tratamiento: (2) de desconocimiento escaso pasó a (4) conocimiento sustancial.
- 183707: Importancia del tratamiento a largo plazo: (2) de desconocimiento escaso pasó a (4) conocimiento sustancial.
- 183731: Beneficios del control de la enfermedad (2) de desconocimiento escaso pasó a (4) conocimiento sustancial.

NOC: 1847 Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica

- 220202: Conocimiento sobre el rol de cuidador (1) de inadecuado pasó a (5) completamente adecuado.
- 184711: Uso correcto de la medicación prescrita (1) de ningún conocimiento pasó a (4) conocimiento sustancial.
- 184719: Importancia de cumplir el régimen terapéutico (1) de ningún conocimiento pasó a (4) conocimiento sustancial.

- 180605: Necesidad de asistencia continuada (1) de ningún conocimiento pasó a (4) conocimiento sustancial.

Seguimiento: Cada mes realizar una evaluación exhaustiva en base al progreso de la familia, el cual se debe seguir con las actividades planificadas. No obstante, dependiendo del resultado de la evaluación de los objetivos se pueden ir cambiando progresivamente. Por otra parte, se siguió planificando las visitas domiciliarias consecutivas, en la que el personal EAIS (Equipo de atención integral de salud) puede acudir a su domicilio, o la familia puede acercarse al centro de salud.



Con relación a este punto: ¿Qué elementos necesitan realizar seguimiento? ¿Qué piensa al respecto del uso de la utilización del modelo de Virginia Henderson en el caso?

## Conclusión

Tras la utilidad de las actividades realizadas, se pudieron alcanzar los objetivos planificados para la familia, no obstante, siempre depender de la evaluación final a la familia, para saber si se necesita de alguna modificación de actividades o aumentos de actividades que pueden ser indispensables para cumplir con los objetivos.

La vinculación del EAIS (Equipo de Atención Integral de Salud) fue de gran ayuda para el fortalecimiento de la familia y llevar a cabo los objetivos planteados, puesto que se pudo trabajar con un equipo multidisciplinario; conformador por un Médico familiar, Psicólogo, Médico rural, Enfermero Rural, TAPS y Trabajador social. Se trabajó en equipo y se actuó resolviendo todos los problemas encontrados. El fin del EAIS fue brindar atención a una familia vulnerable en base a actividades de promoción y prevención de la salud con su debido seguimiento.

Por otra parte, tras la realización del presente caso familiar se concluye que, adoptar modelos y teorías de enfermería adecuados al caso fue de gran impacto para su eficiente resolución; puesto que se trabajó acorde con las necesidades de la familia. No obstante, se pueden ir agregando otros instrumentos o teorías de enfermería al caso clínico, con el fin de que se acoplen a las necesidades de la familia y sea beneficioso para la solución de problemas.

Por otra parte, la realización de este tipo de casos clínicos familiares, son de gran ayuda para la visualización amplia de los diferentes problemas que puede encontrar el personal de enfermería en su trabajo dentro de la comunidad. Aunque también puede servir de ayuda didáctica para el proceso educativo, el cual se presentaran los casos que se pueden vivenciar en su trayecto profesional.

## Referencias

1. Correa-Muñoz ME, Pulido-Castillo G, Correa-Muñoz E. Caso clínico Casos y Revisiones de Salud 2018;1(0) D.R. Valoración familiar de Calgary, intervenciones de enfermería familiar. Caso clínico Family assessment of Calgary, interventions of family nursing. Case report. 2018;19(1):13–9. Available from: [https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/Contenido/Volumenes/V0N1/2ValoracionfamiliardeCalgary\\_intervencionesdeenfermeriafamiliar\\_Reportedecaso.pdf](https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/Contenido/Volumenes/V0N1/2ValoracionfamiliardeCalgary_intervencionesdeenfermeriafamiliar_Reportedecaso.pdf)
2. Rodriguez Conteron EG. Universidad técnica de ambato facultad de ciencias de la salud carrera de enfermería. Repos UTA [Internet]. 2021;76. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/19565?mode=full>
3. Hernández Martín C. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Univ Valladolid [Internet]. 2016;3–13. Available from: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/17711>

# Índice

<b>CAPÍTULO I.</b> El estudio de casos como técnica didáctica en enfermería.....	7
<b>CAPÍTULO II.</b> Enfermería familiar, enfoques, teoría y modelos para la atención.....	16
<b>CAPÍTULO III.</b> Cuidado de la enfermera a la mujer embarazada en el núcleo familiar.....	25
<b>CAPÍTULO IV.</b> Adaptación y salud emocional de la persona con discapacidad en el núcleo familiar.....	43
<b>CAPÍTULO V.</b> El duelo: proceso olvidado.....	57
<b>CAPÍTULO VI.</b> Caso clínico. Desintegración familiar.....	76
<b>CAPÍTULO VII.</b> Caso clínico: la familia con adolescentes.....	88
<b>CAPÍTULO VIII.</b> Caso clínico. Cuidados paliativos.....	101
<b>CAPÍTULO IX.</b> Caso clínico: enfermedades crónicas.....	111
<b>CAPÍTULO X.</b> Caso clínico: disfunción familiar.....	118

Este libro ofrece una exploración teórica y práctica del rol de la enfermería en contextos de bienestar, salud y enfermedad. Incluye estudios de caso reales provenientes de la ruralidad que proporcionan una oportunidad invaluable para aproximarnos al cuidado humano desde una perspectiva que trasciende al paciente individual para abarcar al entorno familiar en su totalidad. Cada capítulo aborda desde la atención prenatal y el manejo de discapacidades en el hogar, hasta el apoyo en procesos de duelo y el cuidado en enfermedades crónicas, así como el abordaje de situaciones de desintegración familiar. Estos son útiles para ilustrar cómo los modelos teóricos y enfoques de enfermería pueden aplicarse para evaluar integralmente cada caso, encontrando soluciones prácticas desde un enfoque divergente y no lineal

Este texto no solo es útil para apoyar la formación de habilidades cognitivas y metacognitivas de enfermería, sino también para la construcción de competencias socioemocionales de la práctica profesional, facilitando la integración compleja de las dinámicas familiares que ocurren en los procesos de salud. “Cuidado de Enfermería en el Núcleo Familiar” es esencial para aquellos que buscan promover una enfermería más humana, reafirmando el papel central de la familia en los procesos de cuidado y de sanación.

Judith Inmaculada Francisco Perez



ISBN: 978-9978-77-717-6



9789978777176

