



INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud

D. Parra-Giordano*, D. González-Molina y D. Pinto-Galleguillos

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 14 de marzo de 2016; aceptado el 7 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 10 de diciembre de 2016



CrossMark

PALABRAS CLAVE

Procesos de enfermería;
Visita domiciliaria;
Enfermería de la familia;
Atención primaria de salud;
Anciano;
Chile

Resumen Este trabajo tiene la finalidad de aplicar el proceso de enfermería en un estudio de familia a nivel primario de atención a una familia residente en Santiago de Chile. El desarrollo de este estudio de familia nace ante la sospecha de maltrato identificada por un profesional de enfermería durante el control de salud realizado al jefe del hogar. El proceso de enfermería se inicia con la recolección de datos por medio de una revisión de la ficha digital del caso índice, en la segunda etapa se realiza la visita domiciliaria donde se continúa con la etapa de valoración para caracterizar a la familia y su ambiente, análisis del tipo de familia, tareas del desarrollo y etapa del ciclo familiar según Duvall, y funciones familiares. Asimismo, se elabora genograma, ecomapa, círculo familiar, APGAR y test Zarit. Se desarrollan las etapas de diagnóstico, se dio prioridad a un diagnóstico individual y a uno familiar, que correspondieron a la sobrecarga del cuidador y a familia negligente. Posteriormente, se procede a realizar el plan de atención con objetivos a corto, mediano y largo plazo; del mismo modo, se realiza la evaluación de estructura, proceso y resultado, y se analizan los indicadores de resultado de los objetivos a corto plazo. Conclusiones. Se muestra la aplicación del proceso de enfermería en una familia, donde se logra que los implicados alcancen los objetivos planificados; de esta forma, se contribuye a mejorar las problemáticas detectadas y se demuestra la utilidad del uso del proceso de enfermería en el estudio de familia.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: denisseparag@gmail.com (D. Parra-Giordano).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

KEYWORDS

Nursing process;
Home visit;
Family nursing;
Primary health care;
Aged;
Chile

PALAVRAS CHAVE

Processos de
enfermagem;
Visita domiciliar;
Enfermagem familiar;
Atenção primária
à saúde;
Idoso;
Chile

Primary care nursing process in a study on a family with a senior adult

Abstract In this study the primary care nursing process was applied in a study on a family of Santiago de Chile with a senior adult. The need for this study arose from the suspicion of maltreatment against the head of this family—a situation which was identified by a nursing professional during a health monitoring performed on this person. The nursing process began with the data collection through a review of the digital card of the index case. Then, a home visit was conducted to assess the family and its environment, analyzing the type of family, the development tasks, and the family functions and cycle stage according to Duvall. Also, genogram, ecomap, the family circle, APGAR, and Zarit test were all obtained. A diagnosis of family negligence was concluded. Then, an attention plan was designed with objectives for the short, medium, and long terms. The assessment of structure, process, and result was carried out, and short term result indicators were analyzed. Conclusions: the nursing process was successfully applied on a family achieving the planned objectives, thus showing its potential for other studies with families.

© 2016 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Processo de enfermagem em um estudo de família de pessoas idosas em atenção primária de saúde

Resumo O presente trabalho tem a finalidade de aplicar o processo de enfermagem em um estudo de família a nível primário de atenção a uma família residente em Santiago de Chile. O desenvolvimento deste estudo de família nasce ante a suspeita de maltrato identificada por um profissional de enfermagem durante o controle de saúde realizado ao chefe da família. O processo de enfermagem inicia-se com a coleta de dados por meio de uma revisão da ficha digital do caso índice, na segunda etapa realiza-se a visita domiciliar onde se continua com a etapa de avaliação para caracterizar à família e seu ambiente, análise do tipo de família, tarefas de desenvolvimento e etapa de ciclo familiar segundo Duvall e funções familiares. Assim mesmo, elabora-se genograma, ecomapa, círculo familiar, APGAR e teste Zarit. Desenvolveram-se as etapas de diagnóstico, deu-se prioridade a um diagnóstico individual e a um familiar, que corresponderam à sobrecarga do cuidador e a família negligente. Posteriormente, procede-se a realizar um plano de atenção com objetivos a curto, mediano e longo prazo, do mesmo modo, realiza-se a avaliação de estrutura, processo e resultado, e se analisaram os indicadores de resultado dos objetivos a curto prazo. **Conclusões.** Mostra-se a aplicação do processo de enfermagem em uma família, onde se consegue que os implicados atinjam os objetivos planificados, desta forma, se contribui a melhorar as problemáticas detectadas e se demonstra a utilidade do uso do processo de enfermagem no estudo de família.

© 2016 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

A lo largo del siglo XX la enfermería ha sido reconocida como disciplina académica y como profesión¹. Una de las principales razones de este reconocimiento ha sido la construcción de un sistema propio de pensamiento para el desarrollo de la profesión, que permite sistematizar el que-hacer de la enfermería. Asimismo, destacadas enfermeras, mediante la elaboración de modelos y teorías, han dotado a la enfermería de un cuerpo sustancial de conocimientos que sirven como base y para mejorar la práctica¹.

El proceso de enfermería es una de las herramientas más importantes de la disciplina, cuyo objetivo principal

es el brindar de forma eficiente cuidados holísticos a las personas^{2,3}. Para desarrollar el proceso en forma ordenada el uso de teorías ayuda a que organicen la gran cantidad de información que se obtiene de las personas^{1,3,4}. La implementación de teorías de enfermería en la práctica acrecienta el valor profesional, ya que sirven de guía para fomentar el pensamiento crítico y la toma de decisiones¹, incluye la utilización de un lenguaje profesional característico y diferencian la enfermería de otras profesiones del área y la distancian del enfoque biomédico preponderante².

El proceso se constituye de 5 etapas, las 4 primeras desarrolladas en forma secuencial y la quinta continuamente y al final también^{2,3}. Sin embargo, resulta difícil su

enseñanza debido a lo distante que los estudiantes lo perciben, principalmente, por la lejanía que ellos captan desde la conceptualización del proceso de enfermería hasta la realización de la práctica³.

Por este motivo nace el interés del presente artículo, el propósito es evidenciar la enseñanza del proceso realizado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, a través de su programa educativo, desde la experiencia vivencial de los estudiantes de realizarlo en forma completa con la totalidad de sus etapas. Además, se entiende no solamente como un proceso de enfermería individual, sino que también se adecua a las directrices nacionales e internacionales sobre el foco actual de enfermería, en el que se incluye a la familia como determinante de la salud.

El presente informe es elaborado a partir del estudio realizado a una familia con sospecha de maltrato a un miembro adulto mayor, perteneciente a un Centro de Salud Familiar (CESFAM) del Servicio de Salud Metropolitano Oriente de la Región Metropolitana en Chile. El estudio de familia constituye una herramienta fundamental para analizar y crear planes de acción que ayuden y/o apoyen a una familia o a alguno de sus miembros que esté cursando una crisis o necesite reforzar sus acciones; mediante esta herramienta es posible obtener un mayor conocimiento de la familia y analizar redes y relaciones tanto dentro de la familia como en su entorno^{5,6}. Por otro lado, la elaboración del mismo y la realidad del CESFAM se enmarcan en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que se constituye como un modelo de atención integral enfocado en la persona vista como un ser integral a nivel físico y mental, como ser social perteneciente a la familia y a la comunidad, que representa la base de todo trabajo que se lleva a cabo en el centro de salud⁵.

El objetivo general del presente estudio de caso es desarrollar un estudio de familia conforme al proceso de enfermería en atención primaria de salud.

Metodología

La elección del caso se realizó a través de la colaboración directa del personal de enfermería del CESFAM, quienes proporcionaron información sobre una familia que precisaba visita domiciliaria integral según el protocolo del establecimiento. La enfermera hace entrega de este caso debido a que al aplicar el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor se sospecha de maltrato de acuerdo a lo establecido en el Instructivo del EMPAM⁷. De esta forma se llegó a la familia del caso índice, persona mayor de 77 años.

Primeramente, se informó a la enfermera encargada del sector, y se inició el proceso de enfermería con la investigación de antecedentes en la ficha digital. Se accedió al número telefónico de contacto, pero este no era correcto, por lo que se procedió a realizar una visita directa al domicilio de la familia; ahí en conjunto con la pareja se acordó fecha y hora para la visita. Con el diagnóstico de enfermería previo, se realiza una planificación de esta.

Se formaliza una primera visita domiciliaria de valoración familiar. Se ordena la información y se establecen 2 diagnósticos jerarquizados y se planean las intervenciones, mismas que se realizan en una segunda visita. Posterior a la ejecución de esta, se entrega toda la información a la

encargada de sector para proseguir con el seguimiento de la familia.

Valoración familiar

Respecto al *ambiente*, la vivienda es propia, adquirida a nombre de don H.S.; es de construcción sólida, de un piso y de albañilería de ladrillo, consta de living comedor, 3 dormitorios, 2 baños y cocina. Posee los servicios básicos de agua potable, alcantarillado y luz. La cocina y calefacción son de gas. Tienen electrodomésticos como refrigerador, microondas y horno eléctrico. Sin mascotas. Poseen un patio delantero con plantas y un patio interior. La percepción personal que poseen respecto a la vivienda es de conformidad.

En cuanto al exterior, se encuentra ubicada en una población conflictiva, según referencia del municipio, en específico del Plan de Desarrollo Comunal (2013), el cual indica la presencia de focos de delincuencia y microtráfico. En lo observado en el recorrido realizado en las visitas, se identifica la presencia de gatos en los tejados, no se observan vertederos de basura cercanos ni focos de contaminación particular u olores molestos, la recolección de basura es de tipo municipal 3 veces por semana. Además, el domicilio se encuentra cercano al CESFAM y presentan a 2 cuadras arterias principales de transporte del área. También, manifiestan no tener relación con sus vecinos al no conversar con estos. Se observa que los lugares de esparcimiento, como plazas y máquinas deportivas, se encuentran en mal estado.

Estructura familiar

La familia presenta una estructura familiar de tipo biparental nuclear sin hijos, lo cual se puede apreciar en la figura 1. El *Genograma* es una representación gráfica de la composición familiar, donde se registra la información sobre los miembros que la componen y sus relaciones^{5,6,8,9}. A partir del análisis de este instrumento es posible observar la reconstitución de la familia de don H.S. y doña M.M., quienes tuvieron matrimonios, parejas e hijos, previo al inicio de su relación en común, por lo que fueron una familia reconstituida antes de la partida de sus hijos.

Con respecto a las relaciones familiares es destacable observar que la relación entre el matrimonio es conflictiva debido a las múltiples discusiones y desacuerdos que ambos refieren. Por otro lado, doña M.M. posee estrecha relación con todos sus hijos, mientras que don H.S. presenta un quiebre en la relación con su hija R. y su relación más estrecha es con uno de los hijos de su esposa, J.

Al mismo tiempo, se realizó el *Ecomapa familiar* (fig. 2), que es una representación gráfica del individuo y su familia en su entorno en el que se registraron las conexiones, los conflictos, los recursos y las carencias que presenta la familia con los sistemas externos^{5,6,9,10}.

En el presente Ecomapa se evidencia que el sistema que rodea a la familia posee reducida cantidad de elementos, dentro de los cuales los principales y más cercanos son su familia y el sistema de salud. El sistema de salud está presente asociado a las necesidades en salud de don H.S. en esta fase de su vida; en contraparte doña M.M. presenta una baja adherencia al CESFAM. Por otra parte, existe como

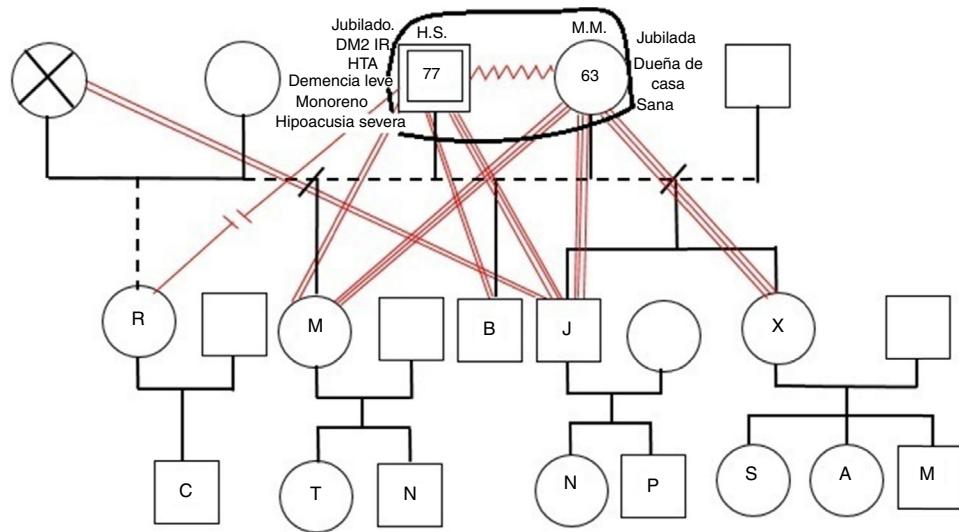


Figura 1 Genograma familiar.

componente externo la religión, aquí doña M.M. refiere profesar la religión católica con una asistencia esporádica a la iglesia. En cuanto al componente de recreación ambos están inscritos en una caja de compensación, donde realizaban actividades recreativas para el adulto mayor, pero han disminuido la asistencia al incrementarse las dolencias de salud de don H.S.

Por último, el *Círculo familiar* (fig. 3) constituye una representación gráfica y esquemática de la familia, la cual representa la percepción del miembro de la familia que la dibuja; esta técnica permite que la persona reconozca sus relaciones familiares, y pueda a partir de esto enfocar sus problemas de salud^{5,6,9}.

De acuerdo al círculo realizado por doña M.M. y según su explicación del mismo, se aprecia que esta percibe a su núcleo familiar protegido por la presencia y apoyo de hijos y nietos los que, a pesar de no vivir en el mismo hogar, están siempre «rodeando a ambos» y protegiéndolos dentro de sus capacidades. Cabe destacar que no fue posible realizar la actividad con don H.S. puesto que, al igual que

con la aplicación del APGAR familiar, se negó a llevarlo a cabo.

Funcionalidad familiar

Se refiere a la capacidad de la familia de cumplir las funciones propias de esta, de acuerdo a las normativas ministeriales las *Funciones básicas de la familia*⁶; en esta familia se identificó lo siguiente:

- **Biológica:** En el ámbito de la relación sexual, don H.S. denota una importante problemática que lo aqueja, es operado de la próstata y además él percibe que por su edad doña M.M. ya no lo valora como hombre. Respecto a la crianza de los hijos ambos presentan esta función superada, don H.S. crió tanto a sus hijos biológicos como a los no biológicos de sus distintas parejas, y mantiene contacto con todos ellos; y doña M.M. se encargó de la crianza de sus 2 hijos de su matrimonio anterior, y del

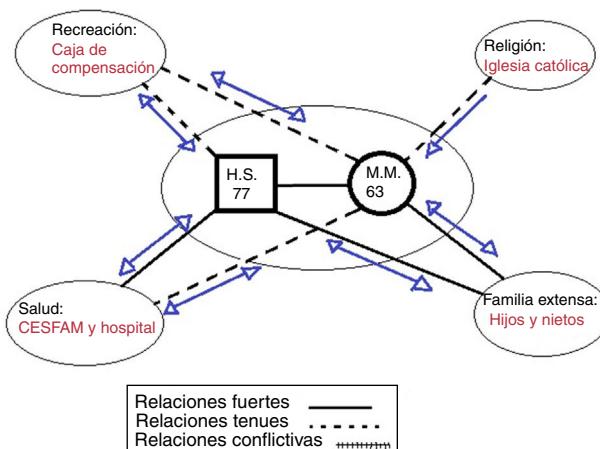


Figura 2 Ecomapa familiar.

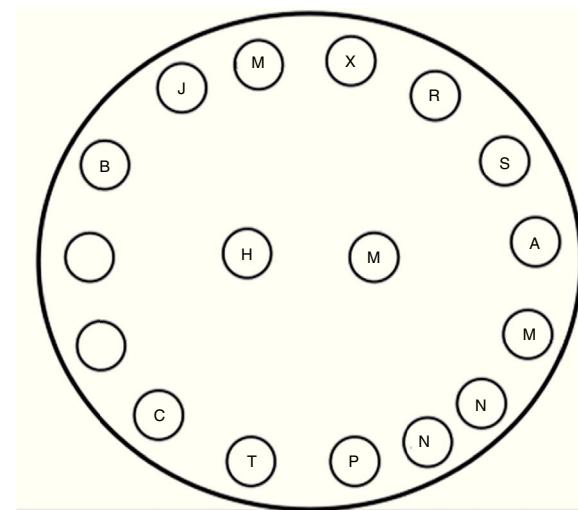


Figura 3 Adaptación del círculo realizado por doña M.M.

hijo que tuvo con don H.S. Ambos a su vez han participado activamente en la vida de sus nietos.

- **Antecedentes clínicos H.S.:** Presenta diagnóstico reciente de demencia leve (Minimental abreviado de Folstein alterado) y dependencia leve en aplicación de índice de Barthel, está sin riesgo de caídas según estación unipodal, además, refiere hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulinodependiente desde el año pasado, dislipidemia e hipoacusia previa. Resto del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor sin hallazgos significativos, se deriva a médico según norma ministerial⁷. Estos antecedentes lo dejan en la necesidad de un apoyo para desenvolver su autocuidado, el cual impacta la dinámica familiar, por lo tanto queda bajo la responsabilidad de su esposa la adherencia al tratamiento. En visita previa con enfermería se solicitan exámenes de control, y se deriva a médico según fluograma de atención del Programa de Salud Cardiovascular y Programa del Adulto Mayor; se encuentra asistiendo a control al Instituto Nacional de Geriatría.
- **Antecedentes clínicos M.M.:** Persona mayor autovallente sin riesgo según Evaluación Funcional del Adulto Mayor, sin antecedentes mórbidos ni riesgo de caídas de acuerdo a estación unipodal; se realiza anualmente Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor y exámenes de control⁷. Conforme al Programa de Salud de Personas Mayores debe ser derivada a acciones de promoción y prevención⁷.
- **Educativa-socializadora:** Aunque la socialización es precaria con vecinos y amigos, esta se encuentra fortalecida dentro de la familia, gracias al contacto con sus hijos y nietos. Con respecto a la ética y valores para vivir en sociedad, don H.S. posee un conflicto de representación, producto de las discusiones constantes que inicia.
- **Económica:** Ambos son jubilados, y refieren que el dinero les alcanza para vivir; complementariamente el CESFAM les aporta con los gastos en salud. En cuanto a la división de las tareas, doña M.M. refiere realizar las tareas de la casa.
- **Solidaria:** Realizan diversas actividades juntos (ir a la feria, ir a ver a sus nietos, etc.); duermen en la misma cama y comparten la rutina diaria. Doña M.M. apoya a don H.S. en los cuidados de sus enfermedades, mas, este lo considera dentro de las labores que ella debe realizar, e incluso no respeta el apoyo realizado, por ejemplo, al colocarle sal a la comida que ella ha cocinado hiposódica según las indicaciones médicas. Doña M.M. ha tomado el rol de cuidador de su esposo al tornarse este dependiente leve.
- **Protectora (psicológica):** En términos de pareja, principalmente, por los conflictos constantes, muestran que ya no guardan una relación estrecha de apoyo mutuo. Don H.S. asiste a casi todos sus controles solo, y doña M.M. manifiesta como apoyo principal a sus hijos. Un ámbito a rescatar es el gran soporte familiar que representan los hijos y nietos para ambos. Se puede agregar que doña M.M. no acompaña a don H.S. a ninguna de sus consultas médicas, a menos que sea solicitado por los profesionales. Don H.S. se muestra inseguro al hablar con otras personas, ya que cuando le hablan a un volumen normal él no logra escuchar.

Según el ciclo vital familiar planteado por Duvall, esta familia se encuentra en la etapa **viii Familia Anciana**, ambos están jubilados, cumplen la tarea de la etapa y se enfrentan a los cambios de esta¹¹.

- La tarea que es la *aceptación del cambio generacional de roles* es lograda por ambos miembros de la pareja, uno y otro aceptan su jubilación y estancia en el hogar. Ambos se realizaron como personas, tuvieron familia, trabajaron y dieron sustento a sus hijos, cumplieron con la integridad del ego tarea propia del adulto mayor. Sin embargo, en estos momentos existe un desconcierto frente a lo que se avecina en sus vidas, debido a las enfermedades que padece H.S., quien no acepta su enfermedad y los mayores cuidados que precisa; esto genera un punto de conflicto a la hora de identificar si ambos logran llevar a cabo el cuidado mutuo.
- En los cambios en la etapa, el enfrentar los cambios biológicos propios de la involución y con esto las múltiples pérdidas (salud), se presenta como una crisis normativa, actualmente para don H.S. Él muestra frustración por las enfermedades que presenta y con los cuidados de salud que estas implican, lo cual ha afectado muchos aspectos de su vida, ha llegado a desahuciarse y referir un claro cansancio de vivir. Por otro lado, doña M.M. no presenta enfermedades y refiere no tener miedos frente a la muerte; no obstante, se muestra preocupada por el estado de salud de su esposo. De acuerdo a lo anterior, con la declinación de las funciones biológicas e intelectuales en el hogar, don H.S. requiere de ayuda para la administración de sus medicamentos (las inyecciones de insulina principalmente) y la preparación de las comidas, labores que lleva a cabo su pareja. Doña M.M. comenta que cuando ella debe ausentarse por algunos días, él cuida de sí mismo sin mayores problemas. Don H.S. presenta una dificultad para comunicarse debido a que padece una hipoacusia severa, posee un audífono entregado hace años por el hospital público que le corresponde por sector; empero, en el momento no es efectivo, lo cual implica hablarle muy fuerte para que él escuche. Debido a esto doña M.M. se encuentra cansada, dado que le es difícil transmitir mensajes a don H.S. Refiere que don H.S. la critica constantemente porque no lo escucha o porque ella le grita, razón por la cual indica que ha disminuido la comunicación entre ambos; y también, de don H.S. con el resto de las personas.
- La familia se encuentra cursando una *crisis normativa*, pues don H.S. está en una etapa de duelo al ser diagnosticado recientemente con demencia y dependencia leve. Doña M.M. refiere que se encuentra afligida respecto a su vida con don H.S., pues ella es la responsable de administrarle la insulina, pero, frecuentemente él se niega a que se le administre. Además de esto, don H.S. requiere que se le recuerden todas sus actividades, ya que por su demencia leve tiene sus capacidades cognitivas disminuidas, como la memoria. Si no se le recuerdan sus actividades este se enfurece con doña M.M., creándose nuevos focos de conflicto.

Del mismo modo, se aplicó el *APGAR familiar*, cuestionario autoadministrado que entrega información de

la percepción personal sobre la funcionalidad de su familia^{5,6,8,9}. Con base en el resultado del APGAR realizado por doña M.M., ella indica que está satisfecha con la funcionalidad de la familia, por consiguiente se clasifica a la familia con una alta funcionalidad. A pesar de las verbalizaciones de doña M.M. durante las visitas respecto al descontento hacia don H.S., que no colabora con ella. El APGAR no es respondido por don H.S. (se niega a contestarlo).

Para complementar la valoración de la funcionalidad, se determinan los *factores de riesgo y protectores* de la familia⁹.

Los primeros se encuentran asociados a una mayor morbimortalidad⁹; respecto a los factores de riesgo sociales, los principales se relacionan con el entorno de la vivienda, al ser considerada una población peligrosa por motivos de narcotráfico y delincuencia, igualmente, la baja relación de la familia con sus vecinos. A nivel personal, en doña M.M. destaca la carga, manifestada en el test de carga del cuidador aplicado (**tabla 1**) en el hecho de ser la encargada de administrar los medicamentos y preparar

la comida, además de las dificultades en la comunicación; todo esto implica un desgaste que termina afectando a ambos. En don H.S., la situación principal es su estado de salud. Como pareja no realizan actividades recreativas que los ayuden a enfrentar los cambios de esta etapa de la vida, se limitan principalmente a la rutina.

Los *Factores protectores* que ayudan a minimizar el impacto que los riesgos tienen en la salud⁹, a nivel social se encuentran cercanos al CESFAM, a nivel familiar presentan una vivienda en buen estado y todos los servicios básicos disponibles, con cercanía de la hija de doña M.M., ambos mantienen una estrecha relación con sus hijos; a nivel personal, ambos presentan sus controles al día y se muestran activos en el cuidado de su salud.

Complementariamente, frente a la situación de cuidadora de doña M.M., se aplica la *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit* (**tabla 1**), según normativa ministerial. Este cuestionario es aplicado a la persona que cumple con el rol de cuidador, mismo que representa un instrumento útil para evaluar la sobrecarga que puede asumir la persona producto del cumplimiento del rol, se califica con

Tabla 1 Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

Carga del cuidador	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?	x				
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?		x			
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	x				
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	x				
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?		x			
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?		x		x	
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	x				
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?			x		x
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	x				
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?		x		x	
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?	x				
12 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?		x			
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	x				
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?			x		x
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	x				
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	x				
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?		x			
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	x				
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?		x			
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?		x			
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?		x			
22 Globalmente ¿Qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?		x			
Resultado total: 54 puntos					
Sobrecarga leve 47 a 55 puntos					

Tabla 2 Etapa diagnóstica y planificación del proceso de enfermería

Diagnóstico individual:	<p>Cansancio del rol del cuidador relacionado con el aumento de las necesidades de cuidado de don H.S. secundario a las enfermedades que padece, manifestado por verbalización de doña M.M. y puntaje test de Zarit</p>
Diagnóstico familiar:	<p>Familia negligente relacionada con la omisión de acciones de autocuidado conocidas por la familia manifestados por verbalización de esta situación y descompensación de don H.S referido por el equipo de salud</p>

los puntajes 1: nunca, 2: rara vez, 3: algunas veces, 4: bastantes veces y 5: casi siempre¹². El resultado obtenido en el test de Zarit de carga del cuidador indica que doña M.M. presenta sobrecarga leve en los cuidados.

Diagnósticos de enfermería

Conforme refiere Tellez¹³ todos los diagnósticos, incluyendo los NANDA, se construyen de problema; etiología o factores relacionados; características definitorias, signos o síntomas. De esta forma la etiqueta diagnóstica NANDA se complementa con los factores relacionados y las características definitorias¹³.

En este caso se plantean jerarquizados un diagnóstico individual y uno familiar, y se muestran en la **tabla 2**; frente a la valoración realizada, se descarta el motivo inicial del estudio de familia, al no existir evidencia de maltrato hacia don H.S.; por tanto se rechaza la sospecha informada por la enfermera en control.

El diagnóstico individual es evidenciado en el cuestionario de cansancio del rol del cuidador, observándose rasgos característicos de cansancio como el enojo ante la cercanía de don H.S., la referencia de haber dejado de realizar actividades recreativas por sentirse cansada frente a los cuidados

Objetivos a corto plazo: Identificar herramientas para enfrentar el cansancio del rol del cuidador

Objetivos a mediano plazo: Tomar conciencia de la importancia del uso de las herramientas para enfrentar el cansancio del cuidador

Objetivos a largo plazo: Implementar las herramientas en el cuidado entregado a don H.S. en la vida diaria y en conjunto con la familia

Intervenciones: Establecer una relación con doña M.M. fomentando la escucha activa, entregar información sobre la importancia de las redes de apoyo y sobre cómo gestionar la ayuda desde el CESFAM para activar la red de apoyo de salud mental. Una educación para ambos miembros del hogar, donde se exponen las condiciones de salud por las que atraviesa don H.S, y cómo pueden enfrentar la crisis. Se entrega material complementario para potenciar la comunicación entre ambos. Se refuerza concepto de autocuidado del cuidador

Objetivo a corto plazo: Comprender el tratamiento de don H.S (insulinoterapia y alimentación saludable)

Objetivos a mediano plazo: Sensibilizar a la familia frente a la importancia de la adherencia al tratamiento para el bienestar familiar

Objetivos a largo plazo: Integrar la adherencia al tratamiento en la rutina diaria familiar

Intervenciones: Unidad educativa conversando con ambos sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, se repasa la técnica de insulinoterapia con todos los pasos y horarios, alimentación saludable y asistencia a controles del Programa de Salud Cardiovascular, para controlar tanto su HTA como su DM2 y el impacto que el control de las enfermedades tiene en la familia. Material gráfico sobre la alimentación no recomendada para don H.S. (carne rojas, grasas, frituras, dulces, etc.) para pegar en el refrigerador mediante imanes

y la incertidumbre que refiere con relación al cuidado de don H.S. en el futuro. Cabe mencionar que se toma la etiqueta NANDA 00061 para la confección del diagnóstico¹⁴, pero con la estructura Problema/Etiología/Signos-Síntomas planteada por Marjorie Gordon, de acuerdo al planteamiento de formato diagnóstico trabajado en la Escuela de Enfermería; ya que permite la formación del pensamiento crítico por parte de los estudiantes, siempre y cuando se mantenga la congruencia de ambos sistemas.

El diagnóstico familiar obedece al limitado autocuidado ejercido por parte de ambos integrantes, debido a que no se adhieren a los tratamientos. El equipo tratante del CESFAM refiere que se les ha educado sobre la administración de la insulina y la alimentación, pero aun así, no siguen las indicaciones. En este caso, se utiliza la etiqueta de diagnóstico CIPE Familiar Chile para la confección del diagnóstico¹⁵, mas, nuevamente con la estructura Problema/Etiología/Signos-Síntomas forjada por Gordon.

Planificación de enfermería

Desplegada en la **tabla 2**, rescata la mirada de atención primaria del trabajo a largo plazo, en la cual establece los objetivos a corto plazo que son cumplidos en la visita misma

Tabla 3 Etapa evaluación del proceso de enfermería

Diagnóstico individual	Diagnóstico familiar
Doña M.M verbaliza al menos 5 herramientas para enfrentar el cansancio del rol del cuidador. Ejecutado ^a	Doña M.M realiza devolución de la técnica de insulinoterapia. Ejecutado ^a
Doña M.M verbaliza realizar 2 herramientas para enfrentar el cansancio del cuidador en su vida diaria y en conjunto con la familia	La pareja verbaliza los alimentos con restricción para don H.S. Ejecutado ^a
La escala de Zarit aplicada a doña M.M presenta un resultado sin sobrecarga del cuidador	La pareja verbaliza la importancia de la adherencia al tratamiento para el bienestar familiar. Ejecutado
	La pareja verbaliza que realizan diariamente la administración de insulinoterapia
	La pareja verbaliza que cocinan una alimentación saludable
	Don H.S presenta valores de compensación de HTA, DM y dislipidemia

^a Los 3 indicadores de evaluación de resultados son cumplidos durante la segunda visita de enfermería.

y objetivos a mediano y largo plazo que se alcanzan en el transcurso del año.

Ejecución de enfermería

Las actividades de intervención son realizadas en la segunda visita domiciliaria según lo planificado. Durante esta don H.S. refiere sentirse desplazado, ya que le explican las cosas solamente a su esposa; se le aclara que la educación es para ambos, se continúa con las actividades, para lo cual se entrega el material confeccionado, se respondieron las dudas y reforzó el lazo que deben mantener con el CESFAM.

Evaluación de enfermería

En ambos diagnósticos se evalúa la estructura de la intervención (**tabla 3**), se valora el lugar físico utilizado, material entregado, el tiempo para el desarrollo de las actividades; además, el proceso estimado de cómo se desenvolvieron las actividades y la satisfacción usuaria, como por ejemplo, dudas frente al vocabulario utilizado. Para la evaluación de resultado se confeccionaron indicadores para cada diagnóstico; fueron cuantificados solamente los objetivos a corto plazo.

Limitaciones

Es significativo reconocer la dificultad presentada en la valoración frente a la negativa de don H.S. de realizar los instrumentos de valoración familiar, además, del problema de comunicación por la presencia de hipoacusia.

Conclusiones

La nueva visión en el sector salud lleva a tomar conciencia de la importancia que tiene integrar a la familia como unidad de observación. En este contexto toma sentido un estudio de familia, que permite valorar de manera integral a los usuarios, en el que se aplica un enfoque biopsicosocial donde se integran múltiples profesionales del área de la salud, con la aportación de cada uno de ellos desde su propia área. Además cabe destacar la función de una visita domiciliaria, que permite acercar el CESFAM a las personas, con la cual se muestra un claro interés, no tan solo por las enfermedades sino también por su contexto. El hogar es el

lugar ideal para interactuar con la familia, ya que permite una observación más profunda de la dinámica.

Es importante destacar que al concluir el estudio queda la experiencia, que el caso de don H.S. fue un verdadero desafío, primero por el hecho de que se inició con una sospecha de violencia intrafamiliar por parte de la cuidadora, la cual fue descartada en la visita domiciliaria, para luego agregar otros factores que dificultaban la comunicación y armonía familiar. Es por esto que se debe tener precaución con el manejo de la información entregada en los controles y verificar con la cuidadora. De esta experiencia se resalta que nunca hay que dar por sentada la información que entrega el usuario, más aún en temas tan sensibles como es un usuario violentado. Es por esto que una visita domiciliaria se transforma en una herramienta útil en casos de incongruencia o falta de información.

Se cree firmemente que una salud de calidad pasa principalmente por la atención primaria, la cual está enfocada en la prevención y promoción, y así se cumple con el fin por el cual todos trabajan, que es generar personas empoderadas de su propia salud, haciéndose participe de las decisiones tanto en su salud personal como en la salud de la comunidad en la cual viven.

Al desarrollar las etapas del proceso de enfermería queda en evidencia la importancia del desenvolvimiento de sus pasos para entregar un cuidado de calidad, ante lo cual es crucial que el proceso no sea solamente incluido en las mallas curriculares de la profesión de enfermería, sino que también sea conocido y manejado por el personal de enfermería en todas las áreas; pues solamente de esta forma el estudiante logrará integrarlo desde la teoría a la práctica.

Por último, es trascendental subrayar el impacto de la familia en la salud de las personas; esta es determinante para lograr la entrega de cuidados de calidad desde enfermería, por lo tanto, siempre debe ser considerada en el proceso de enfermería y así entregar cuidados según la realidad de cada persona y familia.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Se realiza consentimiento informado verbal de acuerdo a normativa de Centro de Salud Familiar.

Financiamiento

Ninguno.

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Raile-Alligood M. Capítulo 1: Introducción a las teorías en enfermería: historia, importancia y análisis. En: Raile AM, Marriner TA, editores. *Modelos y teorías de enfermería*. 7.^a ed. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 3–15.
2. León RC, Caballero ME, Becerra SR, et al. Conceptualización del proceso de enfermería. En: Caballero ME, Becerra SR, Hullin LC, editores. *Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado*. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2010. p. 139–57.
3. Reina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbra Científico*. 2010;17:18–23.
4. Caballero ME, Becerra SR, Ibarra RA. Aplicación del proceso de enfermería en algunos modelos teóricos. En: Caballero ME, Becerra SR, Hullin LC, editores. *Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado*. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2010. p. 95–136.
5. Dois A, Ojeda I, Vargas I, et al. Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2013. p. 142.
6. Depaux R, Campodónico L, Ringeling I, et al. En el camino a centro de salud familiar. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2008. p. 132.
7. Gobierno de Chile. Programa de Salud del Adulto Mayor. Manual de aplicación del examen de Medicina Preventiva del adulto mayor. Santiago, Chile: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
8. Montero-Ossandón L. Evaluación del funcionamiento familiar I: Genograma y APGAR familiar. En: Dois-Castellón A, Montero-Ossandón L, editores. *Manual de atención de familias para profesionales de la salud*. Santiago, Chile: Ediciones UC; 2012. p. 117–35.
9. Caballero ME, Fernández DP, Ibarra FA. Valoración familiar. En: Caballero ME, Becerra SR, Hullin LC, editores. *Proceso de enfermería e informática para la gestión del cuidado*. Santiago, Chile: Mediterráneo; 2010. p. 176–84.
10. Solar-Silva MO. Evaluación del funcionamiento familiar II: La familia en contexto, conceptualización ecológica e instrumentos de evaluación. En: Dois-Castellón A, Montero-Ossandón L, editores. *Manual de atención de familias para profesionales de la salud*. 1.^a ed. Santiago, Chile: Ediciones UC; 2012. p. 137–57.
11. Montero-Ossandón L. Teoría evolutiva de la familia: Ciclo vital familiar. En: Dois-Castellón A, Montero-Ossandón L, editores. *Manual de atención de familias para profesionales de la salud*. Santiago, Chile: Ediciones UC; 2012. p. 69–85.
12. Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev Méd. Chile*. 2009;137:657–65.
13. Tellez OS. Método de enfermería: herramienta importante para la aplicación de teorías de enfermería. En: Tellez OS, García FM, editores. *Modelos de cuidados en enfermería: NANDA, NIC y NOC*. México: Mc Graw Hill; 2012. p. 29–56.
14. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. *International nursing diagnoses: Definitions & classification, 2015-2017*. 10.^a ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014.
15. Colegio de Enfermeras de Chile. Proyecto de clasificación internacional de la práctica de enfermería (CIPE). *Enfermería*. 1997;32:12.