

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA FAMILIA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

¹Alma de Coral Elías Viramontes
coralev@comunidad.unam.mx

Recibido: 08/06/2016

¹Fabiola González Mantilla

Aprobado: 07/11/2016

²Liliana González Juárez

¹Luis Fernando Flores Mora

¹Carlos Emmanuel Brito Carbajal

1. Maestrante en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México.

2. Doctora en Enfermería y Cultura de los Cuidados. Profesora Titular A, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. Ciudad de México.

Para citar este documento:

Elías AC, González F, González L, Flores LF, Brito CE. Cuidados de enfermería en una familia con enfermedades crónicas. Cuidarte. 2017; 6(11): 24-33

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>

PROCESO DE ENFERMERÍA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA FAMILIA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

NURSING CARE IN A FAMILY WITH CHRONIC ILLNESS

RESUMEN

Estudio de caso familiar de enfoque cualitativo, el cual se realizó en una familia que habita en la ciudad de México, de enero a mayo del 2015, bajo la metodología del Proceso Atención de Enfermería. Para la valoración, se utilizó el Modelo Calgary e instrumentos que permitieron detectar alteraciones de salud en los procesos familiares y en el rol del cuidador; se identificaron las necesidades de salud presentes, para lo cual se utilizó la taxonomía de diagnósticos NANDA, posteriormente se aplicaron intervenciones de enfermería basadas en evidencia, obteniéndose resultados favorables en la comunicación y relación familiar; apoyando en el desarrollo individual y dando las herramientas necesarias para resolver las adversidades que se van presentando en el día a día.

Palabras clave: Enfermería Familiar, Atención de Enfermería, Enfermedades Crónicas.

ABSTRACT

Qualitative case study of a family residing in Mexico City, performed from January to May 2015 with the nursing process methodology. The assessment used the Calgary model and tools that enabled the detection of health changes in family processes and in the role of the carer. Current health necessities were identified using NANDA diagnostic taxonomy, after which nursing interventions based on evidence were conducted. Results support intra-family communication, which supports personal development and provides the tools necessary for facing day-to-day trials.

Keywords: Family nursing; nursing care; chronic illness.

INTRODUCCIÓN

El proceso histórico de la familia es complicado, a esta dinámica inconclusa se le adiciona, el advenimiento exógeno del liberalismo anticlerical de influencia francesa, del siglo XIX, y después, el liberalismo burgués anglosajón proveniente del país vecino del norte¹. Sin embargo, bajo una dimensión analítica de las diferentes conceptualizaciones de familia se distinguen tres elementos centrales: la estructura, las relaciones internas y las relaciones de parentela².

Es así, que definir lo que se comprende por familia no resulta fácil, pues es un término que se analiza y utiliza desde muy diversas perspectivas. Una concepción estructural, según Parsons citado por Francisco, es que la familia "es una red de relaciones emocionalmente cargadas, y se considera que el afecto mutuo entre sus miembros es la base de su solidaridad y su lealtad"³. De esta concepción podemos concluir que un rasgo fundamental de la familia es el apoyo, y ésta tiene importantes consecuencias para abordar los problemas relacionados con el cuidado, sobre todo cuando el mantenimiento de la salud, su recuperación o el hecho de hacer compatible la vida con la enfermedad requieren actuaciones concretas, y es precisamente en el ámbito familiar donde se llevan a cabo las acciones necesarias, a través de su complicada red de interacciones.

En las diferentes sociedades existen distintos tipos de familia, de acuerdo con algunos autores, la familia que se estudió correspondió al tipo de familia extensa, por la estructura de parentesco de varias generaciones en un mismo hogar, donde se reúne a todos los parientes y personas con vínculos reconocidos como tales^{4,5}.

La familia cumple diferentes funciones dentro del rol social, como son la afectiva, la de atención a

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>

la salud, o bien cuando se prevé que puede surgir un problema se encuentra la función de protección. Otra es la función económica la cual condiciona la oferta y disponibilidad de medios para solucionar los problemas de salud. Y la función de socialización, es en la familia donde se inicia el proceso de interacción para integrarse a la sociedad. En ella se aprende y se llevan a cabo los autocuidados cotidianos que van a ser determinantes en todo lo relacionado con la salud a lo largo de la vida^{2,6}.

La Enfermería Familiar representa una estrategia para la atención directa de las familias, promueve la educación para la salud de forma personalizada, se interesa por las relaciones internas entre los miembros de la familia y parentela, así mismo busca conocer el funcionamiento familiar para promover la salud; con base en la valoración de su estructura y etapa (s) del ciclo familiar, la identificación de necesidades específicas, el diseño de intervenciones educativas enfocadas a los problemas de salud detectados y, por último, una revaloración para conocer si la intervención fue eficaz o si se detectan nuevas necesidades⁶, todo esto desde un enfoque integral y humanístico.

En este sentido la enfermera de familia, se ha interesado por atender a través de la estrategia de estudios de caso, los elevados índices de enfermedades no transmisibles, que son definidos por la Organización Mundial de la Salud como las enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. En el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad no transmisible, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años⁷.

De acuerdo a la Federación Mexicana de Diabetes en el 2012 en México 6.4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes mellitus (DM)⁸. La ENSANUT en el mismo año reportó que el 31.5% de la población mexicana padecía hipertensión arterial (HTA), los índices de comorbilidades como obesidad e HTA de 42.3%, y DM e HTA en el 65.6%⁹.

El objetivo general del estudio de caso fue

establecer un plan de intervenciones de enfermería basado en la metodología del Proceso Atención de Enfermería (PAE) enfocado a la promoción y prevención del cuidado a la salud. Los objetivos específicos se enfocaron hacia valorar la estructura, desarrollo y funcionamiento familiar e interpretar el nivel de funcionamiento con apoyo de la escala de Apgar familiar.

Por ello el propósito del estudio de caso, fue proporcionar educación para la salud a una familia para mejorar sus niveles de conocimiento sobre la alimentación, actividades físicas o de recreo, y promover conductas de salud que favorezcan el autocuidado de manera individual y familiar.

METODOLOGÍA

Se trata de un Estudio de Caso Familiar¹⁰ de enfoque cualitativo. Se llevó a cabo en la Delegación Atzacapozalco de la Ciudad de México, de enero a mayo de 2015, a través de 6 visitas domiciliarias. Se utilizó como metodología base las etapas del Proceso Atención de Enfermería; para la valoración familiar se utilizó el modelo Calgary, con el uso de la taxonomía de diagnósticos NANDA¹¹, se identificaron las necesidades y su priorización.

Después, se implementaron intervenciones de Enfermería Basadas en Evidencia (EBE) que pudieran ayudar a mejorar el estado de salud de cada uno de sus integrantes y de la familia como unidad funcional de la comunidad. La EBE facilita ejercer el rol del conocimiento y la implementación de los resultados de investigación, con beneficios en los resultados de salud. Compatibilizar sistemas estandarizados de lenguaje, proceso enfermero, investigación y evidencia son necesarios si se requiere construir un modelo coherente de Ciencia de los Cuidados¹².

La obtención de la información fue a través del diálogo con la familia, por medio de una entrevista semiestructurada. El instrumento de valoración basado en el Modelo Calgary, es una estructura multidimensional que posee tres categorías

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>

principales, tales como; estructura (interna y externa) desarrollo y funcionamiento familiar (instrumental y expresivo)¹³. Asimismo se aplicó el Apgar Familiar que evalúa como perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global¹³ y el instrumento Ducke-UNC, que midió el apoyo social funcional percibido¹⁵.

Se estructuraron los instrumentos de genograma y ecomapa familiar que reportaron información valiosa sobre la estructura y las relaciones familiares, tanto internas como externas¹⁶.

Todas las actividades se registraron en un diario de campo, con el objetivo de guardar de forma verídica y confiable la información proporcionada por los miembros de la familia, al igual las emociones y expresiones que se apreciaban.

MODELO CALGARY DE LA VALORACIÓN DE LA FAMILIA (MCVF).

VALORACIÓN DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

1. Estructura interna

Se abordó a una familia, integrada por tres hermanas y la hija de una de ellas. Se identifica al paciente índice femenino (hermana 1) de 79 años, soltera, sin escolaridad, pero sabe leer y escribir, jubilada, presencia de patologías: diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica (con tratamiento de hemodiálisis), hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, presenta polifarmacia. Hermana 2 de 64 años, soltera, católica, con carrera técnica completa, actualmente es ama de casa, con patologías: Diabetes Mellitus Tipo 2, hipertensión arterial, artritis, soplo cardiaco, insuficiencia venosa periférica, osteoporosis, y atrofia músculo esquelético de mano derecha, presenta polifarmacia. Hermana 3, de 53 años, madre soltera, católica, labora como trabajadora doméstica, principal proveedor, con patología de Diabetes Mellitus Tipo 2, hipertensión arterial y artritis, se identifica como cuidador primario. Hija (hermana

3), de 20 años, soltera, católica, con estudios de nivel medio superior, con sobrepeso.

Al realizar la exploración física a la paciente índice se encuentra orientada en tiempo, lugar y espacio, el cabello encanecido, ojos simétricos, edentulismo y halitosis, tórax y abdomen normal, bipedestación independiente y sin presencia de trastornos del habla, presenta adelgazamiento de piel. Signos vitales y antropométricos en parámetros normales.

Se identifican los subsistemas fraternales y parentales filiales.

La hermana 1 debido a su enfermedad, no puede realizar actividades en el hogar. La hermana 2 se desempeña como ama de casa y realiza trabajos remunerados ocasionales; entre la hermana 1 y 2 existe comunicación bidireccional con límites permeables. En el ejercicio de poder entre los diferentes subsistemas se detecta un matriarcado por parte de la hermana 3 la cual toma las decisiones de la familia, existiendo un límite rígido hacia la hermana 1, específicamente en el cuidado de la salud, pues es el principal proveedor económico. La hija de la hermana 3, no ha podido ingresar a la universidad, apoya en algunas labores del hogar, se identifica un límite difuso del subsistema parental filial, en relación con la toma de decisiones relacionados con permisos para salir de casa y el ejercicio de poder.

2. Estructura externa

Familia nativa de Michoacán, radicando en la Ciudad de México en la delegación Azcapotzalco desde hace 73 años, en vivienda propia (propietario paciente índice), ubicada en área geográfica urbana. El hogar cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios de agua, luz, electrodomésticos, teléfono y está construida con materiales perecederos. Son creyentes de la religión católica. Mantienen presente tradiciones culturales

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>

relacionadas con la curación de enfermedades al establecer un vínculo entre prácticas de salud y religión.

3. Valoración del desarrollo familiar

La familia HM actualmente se encuentra atravesando la etapa 5 "familias con adolescentes" y la etapa 8 "familias ancianas".

En la etapa 5, "familias con adolescentes" se logró identificar que la familia no establece límites o reglas a la adolescente, hija de la hermana 3, lo que repercute en el logro de su autonomía y desarrollo.

En la etapa 8, "familias ancianas", en relación con esta etapa se puede observar la pérdida en el funcionamiento físico, económico y social a causa de la enfermedad, existiendo insatisfacción por el cambio de rol, principalmente en la paciente índice. La hermana 2, presenta alteraciones en la funcionalidad física por el proceso de envejecimiento, afectando significativamente sus actividades de la vida diaria. Es importante hacer notar que la hermana 3, muestra cansancio en el rol de cuidador y es proveedor económico, aunado a sus responsabilidades como madre de familia monoparental.

4. Valoración del funcionamiento familiar

El paciente índice necesita apoyo de un familiar para realizar los cuidados relacionados con su enfermedad, debido a la debilidad y fatiga que le causan las sesiones de hemodiálisis (programadas 2 días a la semana), permanece recostada en su cama la mayor parte del día (8 horas aproximadamente, más las horas de sueño por la noche), no le gusta salir de su hogar. Es importante considerar que, al presentar el problema de Insuficiencia Renal Crónica, ella tuvo que dejar su trabajo, donde contaba con 25 años de antigüedad, y fue necesario regresar con su familia de origen, a fin de recibir apoyo de sus hermanas. Manifiesta no tener una relación sentimental estrecha con sus hermanas y

sobrina, ya que antes de su padecimiento actual, ella vivía en el domicilio donde se dedicaba a trabajar por lo que extraña su vida anterior. La vivienda donde habita actualmente es pequeña, a causa de ello los muebles se encuentran muy juntos siendo un factor potencial de riesgo de caídas, asimismo manifiesta una condición letárgica que le provoca la enfermedad. Dentro del hogar existen seis perros, una concentración elevada de fauna doméstica. Es importante mencionar que el paciente índice presenta catéter Mahurkar, situación que implica un potencial riesgo de infección.

La hermana 2, desarrolla fundamentalmente las actividades de limpieza del hogar y realiza actividades relacionadas con la alimentación.

La hermana 3, actualmente es el proveedor principal y el cuidador primario, por lo que es la principal fuente de apoyo físico y económico; ha tenido períodos de inquietud por la posibilidad de no saber cómo responder ante una recaída de su hermana, y por su estado de salud en el futuro. Además, no existe tiempo para satisfacer necesidades personales, refiere tener una vida social reducida a familiares cercanos y vecinos. La hija de la hermana 3, se dedica a estudiar dentro del hogar, pues se prepara para sustentar su examen de ingreso a la universidad y colabora con las actividades de higiene de la casa.

La familia HM no mantiene una comunicación emocional estrecha hacia el paciente índice, sin embargo, la comunicación entre el resto de los integrantes es una relación bidireccional, fuerte. Existe un matriarcado por parte del cuidador principal.

Respecto al puntaje obtenido del instrumento de Apgar familiar, esta familia se ubica como una familia disfuncional leve. Asimismo relacionado con la escala de Ducke-UNC, se ubica como una familia con apoyo social bajo, para la paciente índice y para la hermana 3.

DIAGNÓSTICOS

Se detectaron varios diagnósticos de enfermería, pero para esta publicación sólo se abordaron los principales. Para su redacción, se tomó como referencia la taxonomía de la NANDA¹¹:

1. Procesos familiares disfuncionales¹¹ relacionadas con habilidades de afrontamiento inadecuadas manifestado por dependencia, dificultad para establecer relaciones íntimas, dificultad en las transiciones del ciclo vital, deterioro de la comunicación, incapacidad para adaptarse al cambio, y aislamiento, alteraciones en la función del rol, y deterioro de las relaciones familiares.
2. Cansancio del rol del cuidador¹¹ relacionado con dependencia, cronicidad de la enfermedad y responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas manifestado por inquietud de los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionarlos, inquietud por la salud futura del receptor de los cuidados, estado de salud del cuidador; diabetes e hipertensión, falta de tiempo para satisfacer las actividades personales, no participación en la vida social.

PLAN DE INTERVENCIONES

Para esta sección se recurrió a intervenciones basadas en evidencia propuestas por diferentes autores:

Diagnóstico: Procesos familiares disfuncionales

Objetivo: Demostrar un cambio en los patrones disfuncionales, avanzando en las relaciones inadecuadas, mejorando la cohesión entre los miembros de la familia, reduciendo conflictos y aislamiento social, mejorando conductas de afrontamiento¹⁷.

Intervenciones de enfermería:

1. Mostrar altos niveles de empatía y expectativa de resultados positivos en interacciones con los familiares. Una estrategia que ha sido muy útil es la terapia breve, la cual parte de la identificación y descripción clara del problema, así como evidenciar la gama de posibles soluciones. Una vez delimitado el problema, se procura precisar la historia de los intentos de solución que se han dado en el pasado (si existen) y se utiliza la estrategia que haya demostrado mayor eficacia.
2. Asimismo, es útil estructurar el problema en términos de los comportamientos, interacciones y tipos de comunicación implicado, así como definir cuándo, cómo, con quién, con qué frecuencia y a quién afecta. Por último, se fijan las metas o alcances y se diseñan las intervenciones plausibles al problema definido¹⁸.
3. Ayudar a la familia a reestructurar patrones familiares de interacción y funcionamiento que permita un entorno predecible, de crecimiento emocional y un modelado positivo.
4. En la literatura muestra, la construcción entre el cuidador y la persona cuidada de un "vínculo especial" da fuerza y hace que cada cual se sienta importante para el otro, permite aprender y comprender para que lo que aparentaba ser un caos en una situación de enfermedad pase a tener significado. En este viaje constante se redimensiona la propia vida; en este "vínculo especial" es posible que quienes viven la experiencia puedan trascender¹⁹.
5. Trabajar con los miembros de la familia para apoyar un sentido de adaptación valiosa por su parte; incluirles en la planificación terapéutica e identificar la importancia de sus roles en el cuidado del paciente. Al mismo tiempo, fomentar que busquen actividades exteriores positivas que mejoren su sentido de pertenencia. Ya que la actividad del cuidador involucra un desgaste emocional y físico continuo. Su cotidianidad se vuelve una pesada carga impuesta por los otros y asumida por ellas mismas. El papel designado por la sociedad lo reconstruyen como propio al resistirse a sólo ser cuidadoras²⁰.

Diagnóstico: Deterioro del rol de cuidador¹⁷**EJECUCIÓN**

Objetivo: Fomentar el apoyo al cuidador principal por parte de las demás integrantes de la familia¹⁶.

Intervenciones de enfermería:

1. Usar un sistema de evaluación para determinar la carga del cuidador y la tensión de su papel. La adaptación de la escala de "Sobrecarga del cuidador" adaptada a población de habla española, evalúa la percepción subjetiva de carga asociada al cuidado por parte del cuidador teniendo en cuenta sus repercusiones sobre la salud, económicas y laborales, las relaciones sociales y la relación personal del cuidador con la persona dependiente receptora de cuidados²¹.
2. Vigilar a los cuidadores que se encuentran en la situación de cuidar. Las intervenciones de enfermería deben encaminarse hacia el conocimiento de la enfermedad, sus riesgos, secuelas y estrategias de tratamiento por parte del paciente y de su cuidador²². Este aspecto es fundamental para promover la autonomía en el manejo de la situación y la adhesión al tratamiento²³.
3. Organizar intervalos de descanso para el cuidador en su trabajo; estimular su conveniencia, si hay disponibilidad. La necesidad de descanso del cuidador está bien establecida en la literatura y los servicios de respiro son una respuesta a esta necesidad, no obstante, aunque son los más necesitados, son poco usados²⁴. Asimismo, hacer frente a la desorganización imperante, se sugiere que el profesional busque intervenir la estructura y dinámica de las familias, con la finalidad de mejorar su funcionamiento global, a través de la organización familiar, donde se enfatice el aprender a leer los pequeños avances y entrenarse en resaltarlos con entusiasmo así como, coordinar activamente el trabajo con los otros profesionales y servicios de la red que estén involucrados o que vayan a involucrarse en un futuro cercano²⁵.

Esta etapa del proceso de enfermería se llevó a cabo el plan de intervenciones propuesto en el domicilio de la familia, a lo largo de 6 sesiones, durante las cuales asistió un equipo de 4 enfermeros.

EVALUACIÓN

De acuerdo a los diagnósticos NANDA abordados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Se cumplió el objetivo sobre el primer diagnóstico, manifestándose una mejoría en las relaciones de los miembros de la familia, reduciendo las diferencias, y disminuyendo las prácticas de aislamiento social por parte de la hermana 1, mejorando la adaptación a su nuevo hogar y el funcionamiento familiar.

Respecto al segundo diagnóstico los resultados mostraron que la hermana 3 manifiesta que existió una mejoría en el comportamiento de los demás integrantes hacia su persona, dándole el valor de cuidador primario y delegando las responsabilidades al resto de los integrantes de la familia. Se realizaron actividades de recreación, como la ludoterapia, sobre todo con la hermana 3 quien lleva el rol del cuidador. Compartieron las actividades de cuidado con el resto de los integrantes de la familia principalmente cuando realizan visitas al hospital, lo que les permitió una convivencia más estrecha y relajante.

El funcionamiento familiar ha ido mejorando con base en una comunicación abierta, ya que los problemas que han surgido, tratan de tomar decisiones entre todas para su mejor solución, y no dando la responsabilidad a la hermana 3. Se acordaron días fijos de descanso al cuidador primario, con el apoyo de su hija, así se cumple el objetivo de evitar estrés debido al cansancio acumulado.

Se proporcionó educación para la salud con temáticas de alimentación para diabéticos debido a que las tres hermanas presentan esta enfermedad,

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>

teniendo como resultado una buena aceptación de las integrantes de la familia y tratando de mejorar su alimentación. Se abordó también el tema de zoonosis, el cual era desconocido para ellas, proceden a mejorar las limitaciones y reglas en relación con el manejo de la fauna doméstica que habita en su hogar, y la limpieza estricta de muebles y utensilios de cocina.

Se dieron a conocer medidas preventivas sobre la realización de actividad física y alimentación saludable a la integrante adolescente, con el fin de prevenir o retrasar la aparición de alguna enfermedad no transmisible debido a su carga genética.

También se asesoró sobre una situación que tenía con preocupación a la familia, debido a que la hermana 2 tiene cataratas y necesitaba ser operada pero no contaban con los recursos económicos necesarios, por lo cual se gestionó a una institución de tercer nivel para que atendiera su caso, obteniéndose una respuesta favorable.

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, señalado en su Artículo 17, se considera como riesgo de investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este reglamento, esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo, que hace referencia a estudios prospectivos que obtienen datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios²⁶.

Esta investigación se realizó bajo los principios establecidos en el Código de Núremberg, el cual nos menciona la importancia del consentimiento informado, la persona debe tener el suficiente

conocimiento y la comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente sobre su participación²⁷.

CONCLUSIONES

El cuidado de las familias donde más de un integrante padece diabetes u otras enfermedades crónicas, se está convirtiendo en un problema de salud pública, que requiere de nuevas estrategias para su atención como puede ser el abordaje a través de estudios de caso en el contexto domiciliario bajo el enfoque de la salud familiar.

La implementación del Proceso Atención de Enfermería en el presente Estudio de caso ha permitido sistematizar las intervenciones necesarias para resolver los problemas de salud encontrados en la familia, mejorando su calidad de vida y de relación como grupo social; además, al utilizar intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica, facilita el traslado de información con mayor efectividad a la práctica, obteniéndose mejores resultados.

El modelo Calgary, acompañado de otros instrumentos es una herramienta que orienta la práctica de la enfermera de familia, permite conocer la estructura, desarrollo, funcionamiento e interacciones de los integrantes de una familia, lo que facilita la priorización de situaciones susceptibles de intervención.

El Apgar familiar es un instrumento que facilitó identificar el grado de funcionalidad de la familia, expresado en su capacidad de usar sus propios recursos y el grado de compromiso de cada uno de los integrantes de la familia para resolver sus necesidades de cuidado.

Dentro de las limitaciones del estudio, se considera importante ampliar el periodo de atención, para dar continuidad a las intervenciones propuestas.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Leñero OL. Identidad histórica y vida familiar contemporánea. En: Leñero OL. Realidades familiares y la crisis del modelo nuclear conyugal en los países latinoamericanos. México: Pro mundi vita; 1980. p. 167.
2. Esteinou R. La familia nuclear en México: lecturas de su modernidad siglos XVI al XX. México: CIESAS. Miguel Ángel Porrúa; 2008. p.243.
3. Francisco RC, Mazarrasa AL. La familia y la clase social. En: Sánchez MA, Aparicio RV, Germán BC, Mazarrasa AL, Merelles TA, Sánchez GA. Concepto de salud y factores que la condicionan. España: McGraw-Hill; 2000. p. 303-306.
4. Valdivia SC. La familia: concepto, cambios y nuevos modelos. La reevue du REDIF [Revista en internet]. 2008 [Consultado abril 2014]; (1):15-22. Disponible en: <http://www.edumargen.org/docs/curso44-1/apunte04.pdf>
5. López RH, Hernández M, Rodríguez M. Ilustración de las familias en México. México: Red Ed. Fetiche; 2012. p.376.
6. Friedman MM, Bowden RV, Jones GE. Family Nursing. Research, Theory and practice. 5ª ed. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson; 2002. p. 206.
7. Organización Mundial de la Salud. Complicaciones de la Diabetes. Enfermedades crónicas. OMS [monografía en internet]. 2014 [Consultado abril 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
8. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, sixth edition. International Diabetes Federation [monograph on the internet]. 2014 [Consultado Abril 2014]. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf.
9. Encuesta Nacional de salud y nutrición. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. Secretaria de salud [monografía en internet]. 2012 [Consultado abril 2014]. p. 1-2 Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HipertensionArterialAdultos.pdf>
10. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem [Revista en internet]. 2003; 11(3): 371-5. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>
11. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona; Elsevier, España; 2011.
12. Morales-Asensio JM. ¿Qué aporta el concepto de evidencia científica a la práctica clínica de los cuidados?. Index de Enfermería [Revista en internet]. 2007; XII (40-41): 35-40. Disponible en: <http://bit.ly/2b63XkL>
13. Wright LM. And Leahey M. Nurses and families. A guide to family assessment and intervention. 6ª edition. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2012. p. 351.
14. Suarez CM A, Alcalá EM. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Rev. Méd. La Paz [Revista en internet]. 2014; 20(1): 53-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.
15. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care [Revista en internet]. 1988; 26(7): 709-23. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3393031>
16. McGoldrick M. y Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Gedisa, México; 2009. p. 195.
17. Akley B, Ladwig G. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Elsevier, España; 2007. p. 1066-1123.
18. Gómez RC. Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. Revista Colombiana de Psiquiatría [Revista en internet] 2008; 37 (Suppl 1): 100-112. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500008&lng=pt.
19. Chaparro L. Cómo se constituye el «vínculo especial» de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. Aquichán Colombia [Revista en internet]. 2011; 11: 7-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a02.pdf>
20. Aldana GG, García GL. La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. Aquichán Colombia [Revista en internet]. 2011; 11(2): 158-172. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1898/2474>
21. Martín CM, Salvadó I, Nadal AS, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden

DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69134>

- Interview) de Zarit. [Revista en internet]. 1996; 4(6): 338-46. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=3599>
22. Barrera L, Carrillo GM, Chaparro L, Pinto N, Rodríguez A, Sánchez B. Effect of the program "caring for caretakers": findings of a multicenter study. Colombia Médica [Revista en internet]. 2011; 42(2): 35-44. Disponible en: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/818>
23. Moreno FME. El fenómeno de la cronicidad: su impacto en el individuo, en su familia y el cuidado de enfermería. Aquichán Colombia [Revista en internet]. 2014; 4 (14): 458-459. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74133057001>
24. Cuesta BC. Aliviar el peso del cuidado familiar: Una revisión de la bibliografía. [Revista en internet]. 2008; 17 (4): 261-265. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400009&lng=es.
25. Gómez E, Muñoz MM. Haz AM. Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. Psykhe [Revista en internet]. 2007; 16 (2): 43-54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200004>
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Investigación para la Salud [Monografía en internet]. 2014. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
27. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg. Experimentos médicos permitidos. 1947. Traducción adaptada de Mainetti, J.A. 1989. Ética Médica; Argentina.