

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ESTADO DE  
SALUD DE SUS MIEMBROS**

**Por:**

**BLANCA ALICIA GALINDO CRUZ**

Como requisito parcial para obtener el grado de

**MAESTRIA EN ENFERMERIA**

**Con Especialidad en Salud Comunitaria.**

**Enero, 1996**

TM

RA437

G3

C.1





TM

RA437

G3

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ESTADO DE  
SALUD DE SUS MIEMBROS**

Por :

**BLANCA ALICIA GALINDO CRUZ**

**Como requisito parcial para obtener el Grado de MAESTRIA  
EN ENFERMERIA con Especialidad en Salud Comunitaria**

**Enero, 1996**



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION  
CON EL ESTADO DE SALUD  
DE SUS MIEMBROS

Aprobación de la Tesis:

*Ernesto C. Salgado*  
Asesor de la Tesis

*Ernesto C. Salgado*

*Ernesto C. Salgado*

*B. Cecilia Salgado*

*[Signature]*

Secretario de Postgrado



## **DEDICATORIA**

A Dios nuestro Señor, por brindarme la vida y el tiempo para superarme profesionalmente.

A mi esposo C.P.A. Gonzalo Alberto con todo mi amor por su enorme apoyo, comprensión , paciencia e impulso para la culminación de mi maestría.

A mis hijos Cynhia Dennise y Gonzalo Manuel por su amor y comprensión, a pesar del tiempo que no pude dedicarles por terminar mis estudios.

A mi madre Sra. Josefina Cruz vda. de Galindo con todo mi amor por el gran cuidado, amor y paciencia ofrecida a mis hijos en mis ausencias y porque siempre me impulsó para que me superara.

A mi hermana Josefina y mi sobrina Marcela por su apoyo y cariño.

Y con especial amor a mi padre Juan Manuel (+) y mi hijo Gonzalo Emmanuel(+) que partieron antes que yo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi agradecimiento a las autoridades de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Nuevo León, por el apoyo brindado para el desarrollo de ésta tesis.

A la Lic. Esther C. Gallegos Cabriales, mi más sincero agradecimiento por su invaluable asesoría y estímulo en la búsqueda de conocimiento científico e impulsora en mi desarrollo personal.

A la Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo y la Lic. Diana Ruvalcaba Rodríguez, por el apoyo y facilidades que tuvieron a bien brindarme para la culminación de ésta tesis.

A la Lic. Bertha Cecilia Salazar Gonzáles y el Lic. Lucio Rodríguez Aguilar por sus sugerencias y observaciones realizadas durante los seminarios y la comisión de tesis.

A las pasantes de enfermería del Depto. Materno Infantil de la Facultad de Enfermería que participaron en la aplicación de los instrumentos: Srita. Marlene Ortega P., Srita. Ma. Elena Hernández E. y Srita. Isabel Ruiz E.

A la Srita. Eladia Zamora Aguilar, por su gran ayuda en la mecanografía del trabajo.

A todas aquellas personas que con su colaboración hicieron posible la culminación de este trabajo, a todas ellas muchas gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
1. INTRODUCCION . . . . .	1
1.1 Planteamiento del problema . . . . .	2
1.2 Hipótesis . . . . .	6
1.3 Objetivos . . . . .	7
1.4 Importancia del Estudio . . . . .	7
1.5 Limitaciones del Estudio . . . . .	8
1.6 Definición de Términos . . . . .	8
2. MARCO TEORICO . . . . .	10
2.1 Antecedentes de la Enfermería . . . . .	10
2.2 Familia . . . . .	13
2.3 Salud Familiar . . . . .	14
2.4 Teoría Familiar de Friedman . . . . .	16
2.4.1 Enfoque Estructural-Funcional de Enfermería . . . . .	18
2.5 Salud Individual . . . . .	21
2.6 Teoría de Orem . . . . .	23
2.7 Resumen de las Investigaciones . . . . .	25
3. METODOLOGIA . . . . .	29
3.1 Diseño del Estudio . . . . .	29

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
3.2 Sujetos . . . . .	29
3.3 Muestra . . . . .	30
3.4 Instrumentos . . . . .	30
3.5 Procedimiento de Recolección de la Información . . . . .	34
3.6 Ética del Estudio . . . . .	38
<b>4. RESULTADOS . . . . .</b>	<b>39</b>
4.1 Características Sociodemográficas de la Población de Estudio . . . . .	40
4.2 Estadísticas Descriptivas y de Correlación . . . . .	41
4.2.1 Análisis de Correlación . . . . .	47
4.3 Preguntas de Investigación y Prueba de Hipótesis . . . . .	51
<b>5. DISCUSION . . . . .</b>	<b>56</b>
5.1 Conclusiones . . . . .	59
5.2 Recomendaciones . . . . .	60
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS . . . . .</b>	<b>61</b>
<b>APENDICES . . . . .</b>	<b>66</b>
<b>APENDICE A.- Guía de Valoración de la Funcionalidad</b>	
<b>de la Familia . . . . .</b>	<b>66</b>
<b>APENDICE B.- Instrumento para la Valoración del</b>	
<b>Individuo Adulto . . . . .</b>	<b>75</b>
<b>APENDICE C.- Escala para Estimar las Capacidades</b>	
<b>de Autocuidado . . . . .</b>	<b>83</b>
<b>APENDICE D.- Instrumento de Valoración del Funcionamiento de</b>	

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
Salud de los Menores de 15 años . . . . .	86
APENDICE E.- Anexos metodológicos ( programa estadístico para el análisis de los datos ) . . . . .	88

## LISTA DE CUADROS

<b>Cuadros</b>	<b>Página</b>
1. Índice de las Funciones Familiares Estudiadas . . . . .	42
2. Índice de Afectividad por Diadas en las Familias Estudiadas . . . . .	43
3. Índice de la Función Reproductiva de las Familias . . . . .	44
4. Índices de Funcionamiento de Salud de los Individuos Mayores de 14 años . . . . .	45
5. Índice de las Capacidades de Autocuidado de los Mayores de 14 años . . . . .	46
6. Índice de Funcionamiento de Salud de los Menores de 15 años . . . . .	47
7. Interrelación de las Funciones Familiares . . . . .	48
8. Interrelación entre los Patrones de Salud . . . . .	49
9. Análisis de Regresión de Funcionamiento Familiar (Variable Dependiente) y los Índices de Funcionamiento de Salud de los Miembros de la Familia, Capacidades de Autocuidado y Presencia de Ambos Padres en la Familia (Variable Independiente) . . . . .	52
10. Análisis de Regresión Múltiple de Funcionamiento Familiar (Variable Dependiente) y las siete Variables Independientes Definidas . . . . .	53
11. Análisis de Regresión Múltiple de Funcionamiento Familias (Variable Dependiente) y las Variables Independientes Significativas . . . . .	54
12. Funcionamiento de Salud de los Mayores de 14 años y su Relación	

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Hijos por Familia . . . . .	136
2. Estado Civil de las Parejas . . . . .	137
3. Etapas de Desarrollo Familia . . . . .	138
4. Población por Edad y Sexo . . . . .	139
5. Frecuencias de Medidas del Índice de Funcionamiento Familiar . . . . .	140
6. Frecuencias de Medidas del Índice de Funcionamiento de Salud de los Mayores de 15 Años . . . . .	141
7. Frecuencias de Medidas del Índice del Índice de Capacidades de Autocuidado . . . . .	142
8. Frecuencias de Medidas del Índice de Funcionamiento de Salud de los Menores de 15 Años . . . . .	143

## RESUMEN

Blanca Alicia Galindo Cruz

Fecha de Graduación: Enero, 1996

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

**Título del Estudio: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ESTADO DE SALUD DE SUS MIEMBROS.**

Número de páginas: 65

**Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria.**

**Area de Estudio: Enfermería Comunitaria**

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito fué determinar la funcionalidad de la familia el funcionamiento de salud de sus miembros y las capacidades de autocuidado de los individuos mayores de 14 años. El diseño es exploratorio, descriptivo y correlacional con una sola medición; se utilizaron cuatro instrumentos para recoger la información, siendo tres de ellos adaptados por la autora y el cuarto diseñado por esta. Los instrumentos utilizados fueron: funcionalidad de la familia (Friedman, 1992), valoración del individuo adulto (Gordon, 1993), la escala para estimar capacidades de autocuidado (Gallegos, 1995) y valoración del funcionamiento de salud de los menores de 15 años. Los instrumentos se aplicaron a los sujetos mediante entrevistas individuales y al conjunto de la familia, incluyendo la observación participante. En los menores de 15 años se tomaron algunas medidas antropométricas para determinar el estado de salud.

**Contribuciones y conclusiones:** Los resultados corresponden a veintitrés familias nucleares conformadas por noventa y seis individuos. Los factores que resultaron ser predictores significativos del funcionamiento familiar en un modelo de regresión donde se usaron tres variables independientes, fueron los índices de funcionamiento de salud de los miembros y la presencia de ambos padres en la familia ( $F(3,22) = 4.25$ ,  $p=0.0186$ ) con una varianza explicada de  $R= 40\%$ . En un segundo modelo se introdujeron siete variables independientes (Técnica Stepwise) y confirmó a éstas variables como significativas explicando un  $34.87\%$  de varianza ( $11.6\%$  para la presencia de ambos padres y  $23\%$  para el funcionamiento de salud). El funcionamiento familiar es predictor significativo del nivel de salud de sus miembros indicado por una  $F(1,22) = 6.36$  y  $p= 0.0198$ . No se encontró asociación significativa entre las capacidades de autocuidado y nivel de funcionamiento de salud de los mayores de 14 años. La contribución de este estudio es contar con instrumentos validados para la funcionalidad familiar y el nivel de salud de sus miembros.

**FIRMA DEL ASESOR:** *Antonio Guzmán*



## **CAPITULO 1**

### **INTRODUCCION**

La Enfermería Comunitaria responde a necesidades de salud de la sociedad y aborda problemas tanto a nivel individual, familiar como grupal. El foco de estudio y atención es la comunidad como un todo, sin embargo para poder dirigir sus acciones y contribuir a mejorar y preservar su salud es necesario estudiar a la familia. Esto es porque al valorar se detectan necesidades y problemas de la comunidad y sus miembros.

La familia es considerada la unidad básica de la sociedad y el procurar y mantener su bienestar se ha incrementando en los últimos años. Aunque la atención a la familia ha sido responsabilidad de la Enfermera desde los tiempos de Florence Nightingale (Craft y Willadsen, 1992) al atender a los enfermos en sus hogares e introducir a los miembros de éstas al cuidado del enfermo, no se tiene evidencia de valorar y actuar con la familia, sino a nivel individual.

La práctica de la enfermería se basa en marcos teóricos los que permiten organizar las observaciones, enfocar las preguntas e interpretar los hallazgos. En la atención a la familia se han considerado tres corrientes teóricas: a) el interaccionismo simbólico b) la teoría del desarrollo y c) la teoría estructural-funcional. Friedman (1992) en sus escritos sobre la teoría estructural-funcional explica que ésta se basa en la suposición de que existen ciertas funciones que deben ser desempeñadas por los

integrantes de la familia; la capacidad para el desempeño de éstas se basa en la estructura familiar.

El objetivo de este estudio es determinar la funcionalidad de la familia a partir de la adaptación del instrumento para la valoración de la salud de la familia propuesto por Friedman. Esta autora refiere que la función del cuidado a la salud debe ser cumplida por la familia como un todo reflejándose en el nivel de salud de los individuos y en las formas en que se atiende a los miembros que padecen alguna enfermedad.

Se introduce además dos autoras para apoyar la valoración de los patrones funcionales de los individuos, ( Gordon citado por Carpenito 1993) y Orem(1991) cuyos conceptos sobre capacidades de autocuidado y su uso en el funcionamiento del individuo, apoyan la postura de que un individuo requiere desarrollar habilidades especializadas para promover su salud funcional.

Los resultados podrán contribuir al trabajo de la Enfermera Comunitaria en la atención a sus familias.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La enfermería comunitaria como componente vital en el cuidado de la salud poblacional, responde a las necesidades de la sociedad y aborda problemas a nivel individual, familiar y grupal; su objeto de estudio es el individuo sano-enfermo integral y total. El sujeto de atención de la enfermera comunitaria es la comunidad global; sus acciones se dirigen a la población como un todo por lo cual este profesional al valorar a las familias llega a detectar las necesidades y problemas de la comunidad. Esto se basa

en que el bienestar comunitario depende de la participación de las familias.

Las Enfermeras que focalizan la salud comunitaria como su centro de atención, han reconocido por mucho tiempo el valor de la familia como unidad de servicio. La familia define la salud, toma decisiones respecto a las prácticas de salud y la mayor parte del tiempo es proveedora de atención a la salud de sus miembros ( Friedman, 1979; Stanhope y Lancaster, 1992; Whall, 1986 ) citado por Nettle et al, 1993. Debido a esto se ha incrementado el interés en la unidad familiar, como proveedores de atención del cliente y se han buscado teorías para abordar a la familia.

En la práctica se brinda atención al individuo, a la familia y a la comunidad. La experiencia muestra que cuando se habla de la familia como cliente o usuario de los servicios no se evidencia la valoración ni acciones que incluyan a toda la familia, sino que se destaca más el aspecto individual. Esto significa que abordar a la familia completa, resulta sumamente complejo.

Este hecho se puede deber a dos factores observados en la práctica :

Barreras propias de la familia:

1. Pocas oportunidades para que los miembros de la familia esten reunidos y puedan ser valorados en conjunto.
2. La falta de costumbre de la familia para ser valorada en forma conjunta; cuando esto sucede impide la expresión libre de sentimientos u otras formas.
3. Costumbre de que sea la madre o los hermanos mayores los que proporcionen información o reciban orientación.
4. Falta de comunicación entre los miembros de la familia de los problemas que tienen otros.

5. Respuesta baja desfavorable y discontinua por parte de la familia, al tratar de conformar grupos de educación o atención por parte de la enfermera u otro miembro del equipo de salud.

Barreras por parte de la enfermera para abordar a la familia:

1. Al atender a las familias, llega a conclusiones sobre los individuos que la conforman y no sobre la familia. Esto se debe a que se aproxima a la familia a través de casos individuales, agudos o crónicos.
2. Al detectar problemas comunitarios e.j. malnutrición infantil o problemas ambientales en donde se requiere que toda la familia participe, la enfermera por lo general da orientación sólo a las madres, por ser la persona que se encuentra más dispuesta en tiempo e inclusive con más interés pues ella es la encargada del cuidado de los hijos .

Al atender a las familias se han utilizado criterios para clasificarlas como en estado crítico o saludable, algunas características en que se basa esta clasificación son : presencia de enfermedad crónica en alguno de los miembros, bajo ingreso económico, malnutrición, miembros numerosos menores de 14 años, alcoholismo o drogadicción, entre otros.

Estos criterios combinan factores económicos, psicosociales, de salud y enfermedad. Sin embargo, ésto no da elementos suficientes para encontrar una explicación más a fondo de los problemas a los que se enfrentan las familias urbano-marginadas. Es necesario conocer de qué manera la estructura y funcionalidad de una familia interactúan para determinar o influir en la salud de los miembros y de la unidad familiar.

En este sentido, Friedman (1992) señala que la función del cuidado a la salud debe ser cumplida por la familia como un todo, reflejándose en el nivel de la salud de los individuos y en la forma en que se atiende a los miembros que padecen alguna enfermedad. Esta misma autora indica que la funcionalidad depende de la organización (estructura) con que cuenta la familia, la que se refleja en los roles que desempeña cada uno de sus miembros y la distribución del poder.

Gordon (citado por Carpenito, 1993) a través de sus patrones funcionales y Orem (1991) con sus postulados sobre las capacidades de autocuidado, son las dos autoras que se introducen a esta investigación para aproximarse a la valoración de la salud de los individuos. El desarrollo de las capacidades de autocuidado se dá en el seno de la familia; este proceso inicia desde el nacimiento y se considera que alcanza su nivel óptimo en la madurez o adultez de las personas.

Si las capacidades de autocuidado están siendo utilizadas en forma apropiada, el individuo se encontrará funcionando en forma adecuada. Este funcionamiento se refiere a los patrones que reflejan el estado de salud de las personas, según Gordon (1993).

Estos hechos aunados a el papel deseado de la enfermera comunitaria para la atención de las familias en la prevención de sus problemas y en la resolución de éstos, llevaron al planteamiento de las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es el nivel de correlación que existe entre el funcionamiento familiar y las capacidades de autocuidado de los individuos mayores de 14 años?

¿Cual es la correlación que existe entre la funcionalidad familiar y el funcionamiento de salud de sus miembros menores y mayores de 15 años ?

¿Que correlación existe entre las capacidades de autocuidado y el nivel de

funcionamiento en salud de los miembros mayores de 15 años ?

## 1.2 Hipótesis.

Hipótesis de investigación:

1. El nivel de funcionamiento de salud de los miembros de la familia y la composición familiar son predictores significativos del nivel de funcionamiento familiar.  
Variable Independiente: Nivel de funcionamiento de salud y composición familiar .  
Variable Dependiente : Nivel de funcionamiento familiar.
2. El nivel de funcionamiento familiar es predictor del nivel de funcionamiento de salud de sus miembros.  
Variable Independiente: Nivel de funcionamiento familiar.  
Variable Dependiente: Nivel de funcionamiento de salud .
3. Las capacidades de autocuidado medidas por la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (E.E.C.A.) explican en forma significativa el nivel de funcionamiento de salud individual medido mediante la Valoración del Individuo Adulto (V.I.A.) basado en los patrones funcionales de Gordon.  
Variable Independiente: Nivel de capacidades de autocuidado.  
Variable Dependiente : Nivel de funcionalidad de los individuos.

### **1.3 Objetivos**

1. **Determinar la funcionalidad de la familia.**
2. **Determinar el funcionamiento de salud de los miembros de la familia mayores y menores de 15 años.**
3. **Determinar el nivel de las capacidades de autocuidado de los individuos mayores de 14 años.**
4. **Determinar la confiabilidad de los instrumentos utilizados.**

### **1.4 Importancia del Estudio.**

El estudio propone formas o herramientas de trabajo que le permite obtener información válida y confiable a la enfermera comunitaria para valorar a la familia y a los individuos que la conforman, con la finalidad de que sobre esta base de información oriente sus intervenciones .

El hecho de usar un instrumento que permita establecer si una familia es funcional o no, a través de la valoración del desempeño de las funciones y la forma de aplicación de este instrumento ( preguntando y observando las relaciones intrafamiliares con todos, o la mayoría de los miembros de la familia que la conforman ) enriquece el trabajo de la enfermera comunitaria y permite evidenciar su trabajo con la familia.

La enfermera debe continuar la atención a familia pero con bases teóricas firmes, pues a través de la atención de las familias se logrará la salud familiar, que a su vez conlleva a la salud de los integrantes de ésta y a la salud comunitaria como fin último.

### 1.5 Limitaciones del estudio.

- El diseño de la muestra fué por conveniencia, lo que no permite hacer generalizaciones de los resultados obtenidos más allá de la población estudiada.
- Las familias pertenecieron en su totalidad a comunidades urbano-marginadas cuyo estrato socioeconómico es bajo (INEGI) lo cual también restringe la generalización a otros estratos socioeconómicos.
- Referente al instrumento usado en la familia ( G.V.F.F. ) en su aplicación se encontró en algunas familias cierta resistencia a manifestar sus opiniones sobre las relaciones e interacciones que se dan en la familia debido a que son considerados como aspectos personales ; esto ocasionó que se quedaran preguntas pendientes; las cuales fueron retomadas en visitas subsecuentes para completar el instrumento, auxiliándose de un diario de campo para tomar notas de las observaciones de las relaciones entre los integrantes de la familia.

### 1.6 Definición de términos.

**Enfermera Comunitaria:** Personal profesional de Enfermería que dirige sus acciones a los individuos, familias y grupos contribuyendo en la salud de la población total (Friedman, 1992). Es la responsable de ayudar a la familia a promover su salud, cubrir sus necesidades de salud y manejar los problemas de salud dentro del contexto de la estructura familiar y su estilo de vida.

**Familia:** Es el sistema básico de la sociedad, compuesto por dos o más individuos,



quienes comparten un fuerte compromiso emocional, moral y viven en un hogar común (Friedman, 1992).

**Funciones Familiares:** Es lo que la familia hace para mantener la integridad de la unidad familiar. Dentro de estas se encuentra la función afectiva, reproductiva-sexual, socialización, atención a la salud y de enfrentamiento- resolutividad (Friedman, 1992).

**Funcionalidad de la Familia:** Es el cumplimiento en forma aceptable de las cinco funciones básicas de la familia, medidas a través de la guía de valoración de la funcionalidad de la familia.

**Capacidades de Autocuidado:** Es el poder del individuo para realizar acciones deliberadas dirigidas a regular el propio funcionamiento y desarrollo.

**Funcionamiento de Salud del Individuo Mayor de 14 años:** Es cuando el individuo al ser valorado con el instrumento denominado Valoración del Individuo Adulto basado en los once patrones funcionales de Gordon (1993) no refleja disfunción alguna.

**Funcionamiento de Salud del Individuo Menor de 15 años:** es cuando el individuo menor al ser evaluado con el instrumento denominado Valoración del Estado de Salud de los menores de 15 años no refleja disfunción alguna.

**Estrato Socioeconómico:** se definió de acuerdo a los criterios de clasificación del Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI, 1991) que llevan a agrupar la población en cinco estratos socioeconómicos (marginal, bajo, medio bajo, medio alto y alto).

## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEORICO CONCEPTUAL**

El Marco Teórico Conceptual está conformado por los antecedentes de la enfermera en la atención familiar; conceptos de las teorías de Friedman (1992) la cual apoya el trabajo con familias a través de el enfoque estructural-funcional. Salud individual, la cual es valorada a través de los patrones funcionales de Gordon ( citado por Carpenito, 1993); y el concepto de "Capacidades de Autocuidado" de Orem (1991). Así mismo se incluyen investigaciones realizadas con familias e individuos que sustentan algunas de las relaciones seleccionadas para esta investigación.

#### **2.1 Antecedentes de la Enfermería.**

La enfermera en salud comunitaria tiene como objeto de cuidado a la comunidad, siendo su meta principal la salud de la comunidad, pero es a través de las familias que se logra mejorar y preservar la salud de las comunidades ( Kark,1974 ). A través de la historia la responsabilidad del manejo de enfermedades físicas y emocionales ha estado a cargo de las enfermeras haciéndose en el medio ambiente del hogar; desde los tiempos de Nightingale se ha considerado a la familia como responsabilidad de las enfermeras ( Craft y Willadsen, 1992 ).

En México, la enfermería sanitaria fué la segunda vertiente en el desarrollo de la

práctica de esta profesión. Este desarrollo se refleja en el surgimiento de espacios institucionales para la enfermería, justificado por la relevancia de sus acciones. En 1917 se organizó el Consejo de Salubridad y se creó el Departamento de Salud Pública, donde se requería de la enfermera para operar el Programa Higiene Infantil, donde llevaba a cabo actividades de educación a las familias.

La enfermería sanitaria se inició en 1921, debido a la ampliación de las actividades de educación sanitaria y al programa de vacunación dirigida a la población infantil. En este mismo año se creó un cuerpo de enfermeras sanitarias para tratar los casos de oftalmía purulenta.

En el año 1929 se organizó el servicio de enfermeras visitadoras para los Centros de Higiene Infantil, impartiendo en los hogares enseñanza sobre higiene, especialmente a los niños y mujeres embarazadas. En este mismo año en el Estado de Veracruz surgió la Salubridad Rural Mexicana que aspiraba a establecer centros de salud rurales en poblaciones con menos de 5,000 habitantes para ello se requería organizar los servicios médicos rurales y movilizar las comunidades para que con sus propios recursos tomaran parte activa en la solución de sus problemas ( Martínez, Latapi, Hernández, Rodríguez, 1985 ).

En el período comprendido de 1930 a 1939, al dividirse la ciudad de México en cuarteles surgió un grupo de enfermeras "visitadoras de transmisibles", teniendo como función el cuidado y educación higiénica mediante visitas domiciliarias. En 1936 la importancia adquirida por los servicios de Salud Pública hizo necesario la creación de la Oficina de Enfermeras Sanitarias, dentro del Departamento de Salubridad dirigida por personal de enfermería.

Debido al trabajo de las enfermeras sanitarias en la capital y en la mayoría de los estados quedan establecidos los Centros de Salud. En Monterrey se inaugura en 1952 el primer centro de salud. La extensión de los servicios sanitarios a las zonas rurales, la creación de los centros de salud en el país y los cursos postbásicos en enfermería sanitaria, capacitaron a la enfermera de salud pública para participar en la enseñanza y la administración de servicios de enfermería a nivel local, distrital y estatal ( Jamieson y Sewall, 1968 ).

Afirmaciones realizadas por la American Public Health Association, Public Health Nursing Section y la American Nurses' Association Division en cuidados comunitarios de salud describen a la familia como el foco del cuidado de las enfermeras de Salud Comunitaria ( citado por Stanhope, Lancaser, 1984 ) .

En México existe una tendencia significativa hacia la atención enfocada a las familias en el hogar, por la complejidad de los cuidados ambulatorios domiciliarios y el incremento de los casos crónicos en distintas edades, incluyéndose también los altos costos de la atención hospitalaria ( Lee, 1992 ) .

La enfermería responde a las necesidades de la sociedad y aborda problemas a nivel individual, familiar y grupal. El sujeto de estudio de la enfermera comunitaria es la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. Sin embargo, ya que el estado de salud y bienestar de los individuos depende de la familia, ésta ha sido considerada para lograr la salud a nivel grupal o comunitario ( Friedman, 1992 ) .

## 2.2 Familia.

La familia ha sido conceptualizada como la unidad básica de la sociedad. La necesidad de mantener o procurar su bienestar se ha incrementado en los últimos años. Friedman (1992) refiere que la familia proporciona el recurso "crítico" para prestar servicios de salud eficaz, se refiere a la familia como el "paciente" de la enfermera, siendo su enfoque las necesidades de ésta y su resolución. El proceso de proporcionar atención de enfermería a la familia incluye una serie de decisiones y eventos que involucran la interacción de familiares, amigos y prestadores profesionales de servicios de salud.

Es menester reconocer que las conductas de salud y enfermedad son aprendidas, y la familia es la fuente principal para la enseñanza de estos aspectos. Los miembros de la familia tienden a involucrarse en la toma de decisiones y en el proceso terapéutico a lo largo del proceso salud-enfermedad; esto incluye desde el estado de bienestar hasta el diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud del miembro de la familia que enfermó.

Las familias son las responsables de tomar ciertas tareas que afectan la salud y bienestar de cada miembro. El fomentar la salud óptima puede ser una parte integral del estilo de vida familiar (Houldin, Saltein y Ganley, 1987; Pender, 1987) citado por Mischke y Harmon (1991).

En su evolución, la familia ha sufrido modificaciones en su estructura y función, las cuales obedecen a cambios dictados por la sociedad, pero ha demostrado elasticidad y

adaptación, conservando así su cohesión, la cual ha perdurado a través del tiempo (Friedman, 1992). Según esta autora la familia es considerada desde el punto de vista estructural como el sistema básico de la sociedad, compuesto por dos o más individuos, quienes comparten un fuerte compromiso emocional, moral y viven en un hogar común.

Dentro de la familia surgen acontecimientos que hacen que se produzcan cambios intrafamiliares; la familia reacciona y luego se equilibra en respuesta al crecimiento y desarrollo de cada uno de los miembros que la componen (Hostler, 1991). Dentro de los cambios que experimenta toda familia se encuentran los normativos, estos se refieren a eventos que ocurren regularmente y surgen de las funciones de procreación y crianza de los hijos (e.j. matrimonio, nacimiento, inicio de educación, jubilación); otros son los acontecimientos paranormativos que son frecuentes, más no universales (como el divorcio, aborto, enfermedad, muerte prematura).

Estos cambios pueden romper la estabilidad de la familia creando conflictos o períodos de transición caracterizados por frustración y estrés en los miembros de ésta, pudiéndose alterar transitoriamente algunas de las funciones básicas de la familia (Friedman, 1992).

### **2.3 Salud Familiar.**

La salud familiar es un concepto que hasta ahora no se ha logrado definir con claridad, entre otros factores por su amplitud. Friedman refiere que la salud de la familia es más que la suma de sus partes, es decir va más allá que sumar el nivel de salud de cada uno de sus miembros. Esta autora señala que el estado funcional de una familia es la

resultante de lo que la familia hace para satisfacer las necesidades de los miembros individuales mediante el cumplimiento de las cinco funciones familiares : afectiva, socialización, cuidado a la salud, reproductiva y de enfrentamiento. La OMS (1974) afirma que la salud familiar " implica el funcionamiento relativo de la familia como el agente social primario en la promoción de la salud y bienestar " ( citado por Friedman, 1992 p.9 ).

En este contexto Friedman (1992) afirma que la previsión del cuidado de la salud es una función familiar básica y vital en la cual se organiza, realiza y aseguran la conducta y el cuidado de la salud. La familia proporciona cuidados preventivos y comparte la mayor parte de la atención en caso de que alguno de los miembros enferme. Además refiere que la familia tiene la responsabilidad de iniciar y coordinar los servicios de salud prestados por los profesionales. Esta autora menciona que las familias no pueden hacerse responsables de sus obligaciones en el cuidado de la salud, si los profesionales las excluyen de la participación en el manejo del individuo enfermo; ni pueden proporcionarle cuidado adecuado en casa, a menos que se les provean de servicios de salud a domicilio. En base a estos enunciados se reconoce que la responsabilidad de la familia frente al cuidado de la salud de sus miembros, debe ser valorada íntegramente por el profesional de enfermería para identificar la participación de ambas partes en la atención requerida.

Orem (1986) coincide con lo mencionado por Friedman (1992), al reconocer el papel que tiene la familia frente al cuidado de la salud de sus integrantes. La autora menciona en su teoría de déficit de autocuidado el supuesto de que el individuo tiene una habilidad para aprender a cuidar de sí mismo y del medio ambiente que lo rodea, a fin

de regular el funcionamiento en beneficio del bienestar, funcionamiento integral y la propia vida del individuo.

La importancia de la enfermería para las familias aumenta conforme ocurren cambios importantes en los cuidados ambulatorios o domiciliarios de casos crónicos ( Craft y Willadsen ,1992 ).

Los pacientes que acuden a hospitales, clínicas o consultorios médicos pueden verse beneficiados de la atención proporcionada a su familia como unidad de cuidado ( Friedman 1986; Jones y Dimond, 1982 ) citado por Mischke y Harmon, (1991). Aunque el contacto inicial con la familia puede ser a causa de uno de sus miembros, la familia se convierte en la unidad de cuidado.

#### **2.4 Teoría Familiar de Friedman.**

Friedman (1992) menciona que la familia puede ser estudiada en diferentes niveles, la familia como cliente es uno de ellos. Al considerar la unidad familiar como cliente el enfoque principal de evaluación y cuidado es la familia en su totalidad; en ello, la familia se ve como un sistema interaccional. Si se considera el concepto de interacción, el enfoque está en la dinámica y relaciones familiares internas, la estructura y las funciones, así como en la interdependencia de la familia con el medio ambiente externo. Boyd (1990) coincide con los enunciados de Friedman al mencionar que el cuidado de enfermería deberá basarse en la valoración tanto de la estructura como del funcionamiento del sistema familiar.

Friedman (1992) refiere las siguientes razones que se tienen para fortalecer el



**trabajo de la enfermera comunitaria con la familia:**

- 1. Existe la creencia de que en la unidad familiar cualquier disfunción ( enfermedad accidente, separación ) que afecta a uno de sus miembros, afectará de alguna manera a los demás miembros, y a la unidad familiar como un todo.**
- 2. Existe una fuerte interrelación entre la familia y el estado de salud de sus miembros, de manera que el rol de la familia es importante en el proceso de atención de la salud desde las estrategias preventivas hasta la fase de rehabilitación.**
- 3. La presencia de problemas de salud en un miembro puede conducir a descubrir enfermedades o factores de riesgo en otros miembros de la familia. Esto se ha observado con mayor frecuencia en familias con problemas de salud crónicos o enfermedades transmisibles.**
- 4. Cuando se valora a la familia se logra una perspectiva más clara del individuo y de su funcionamiento.**
- 5. Con la atención a la salud familiar se pueden disminuir los riesgos que crea el estilo de vida no saludable.**

**Friedman (1992) refiere que el objetivo de la enfermera es la promoción y el mantenimiento de la salud familiar, a través de la prevención primaria principalmente y la promoción de la salud donde se incluye el estilo de vida saludable, tratar el riesgo y reducción de factores que alteren la salud de la familia. La práctica de la enfermería se basa en marcos teóricos que permiten organizar las observaciones, enfocar preguntas y comunicar los hallazgos ( Meleis, 1985 ) citado por Friedman. De las teorías que apoyan el trabajo con familias se han considerado tres aproximaciones teóricas útiles para las**

enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud. Estas son: (a) la teoría estructural - funcional; (b) el interaccionismo simbólico; y (c) la teoría del desarrollo ( Adams, 1980; Broderick 1971; Burr, Hill, Nyel y Reiss, 1979; Hill, Kats y Simpson, 1957; Holman y Burr 1980 ) citado por Mischke y Harmon (1991).

#### **2.4.1 Enfoque estructural funcional de Friedman.**

El enfoque estructural-funcional ve a la familia como un sistema social abierto en donde se analizan las relaciones entre la familia y otros sistemas sociales. Este es un enfoque sociológico descrito por Friedman (1992) el cual se basa en la suposición de que existen ciertas funciones que deben ser desempeñadas por los integrantes de la familia; y la capacidad para el desempeño de estas funciones está basada en la propia estructura familiar. Los componentes de esa estructura incluyen: (a) la estructura del rol que juega cada miembro; (b) el modelo de comunicación que se da en la interacción de los miembros tanto dentro como fuera del círculo familiar; (c) la estructura de poder; ubicación de la autoridad y toma de decisiones; (d) los valores y patrones de vida de la familia.

El sistema familiar puede ser examinado como sistema unitario, como conjunto de subsistemas y como un sistema de interacciones internas con otras instituciones. Este es un marco útil para la apreciación de la vida familiar .

Según Friedman la estructura familiar se evalúa mediante la determinación de como cumple con sus funciones. La apreciación se enfoca en dos áreas: (a) funciones que ejecutan las familias como la reproducción, socialización, provisión para las necesidades físicas, y (b) entendimiento del proceso familiar incluyendo fuerzas internas

y externas que afectan la familia.

La estructura facilita la ejecución de funciones familiares a través de la asignación y conservación de los medios. Las funciones familiares son definidas como resultado o consecuencia de la estructura familiar; es lo que la familia hace, el porqué existe, que propósitos atiende. Son cinco las funciones que se evaluán cuando se interviene con la familia:

1. La función afectiva está centrada en la formación y continuación de la unidad familiar; constituye una de las funciones vitales de la familia. La habilidad para cumplir con esta función es la llave determinante para que una familia persista o se disuelva. La familia debe conocer las necesidades afectivas de sus miembros porque la recompensa básica de la vida familiar la provee la respuesta afectiva entre un miembro y otro. El afecto entre los miembros de la familia produce un clima favorable que influye positivamente en el crecimiento y desarrollo personal.
2. La función de socialización y ubicación social es un requisito intercultural y universal para la supervivencia social. Esta función se refiere a las experiencias de aprendizaje provistas dentro de la familia para enseñar a los miembros de ésta a cómo funcionar y asumir roles sociales de adulto. Una de las responsabilidades de la familia es la de transformar al infante en una persona capaz de participar en la sociedad. En el proceso de socialización se incluye la internalización de normas y valores apropiadas para afrontar los diversos cambios de las personas (adolescencia, paternidad). En resumen esta función comprende el aprendizaje de la cultura. Además de la familia, las escuelas y otras instituciones extrafamiliares participan en el cumplimiento de esta función. Otro aspecto de la socialización es

la transmisión de tradiciones, valores y privilegios de la familia. Al nacer el niño hereda automáticamente las posición social de su familia-étnica, racial, religiosa y económica entre otras.

3. **Función del cuidado de salud** corresponde a la provisión de satisfactores de las necesidades físicas, alimentación, vestido, protección contra el peligro y cuidado de la salud. La familia procura cuidado preventivo, compartiendo la atención del enfermo con alguno de los miembros de la familia, tiene la responsabilidad de iniciar y coordinar los servicios de salud prestados por los profesionales de la salud, según las necesidades de sus miembros. Esta función no solo es básica y vital sino también el foco central en la salud y el buen funcionamiento de las familias.
4. **Función reproductiva:** es una función básica para asegurar la continuidad de la familia intergeneracional y socialmente.
5. **Función de enfrentamiento-resolutividad:** la familia se enfrenta a numerosos sucesos o experiencias durante las diferentes etapas de su crecimiento, que pueden producir tensión o estrés en el sistema familiar; el estímulo de estos cambios proviene de dentro y fuera del entorno familiar forzando a la familia a buscar su adaptación, usando estrategias y procesos de subsistencia familiar que le permitan cumplir con el resto de las funciones. Cuando la familia no se adapta tiende a usar estrategias defensivas para disipar la tensión y/o eliminar el estímulo opresor.

Friedman (1992) desarrolló un instrumento para la valoración de la salud de la familia que incluye las siguientes categorías : (a) datos de identificación, (b) etapa de

desarrollo e historia de la familia, (c) datos ambientales, (d) estructura familiar, (e) funciones familiares y (f) mecanismos de resolución familiar. La autora refiere que no todas las categorías o subcategorías se requieren valorar en una familia; es decisión de la enfermera que categorías indagar, basándose en su juicio profesional que anticipa las necesidades y metas de atención a la familia.

## **2.5 Salud Individual**

La calidad de la vida familiar está íntimamente relacionada con la salud de sus miembros. De acuerdo a esta proposición es imprescindible valorar el estado de salud de los individuos que la conforman. Gordon (1993) desarrolló un sistema para establecer una valoración de enfermería basada en la función, con la finalidad de orientar a la enfermera y determinar el estado de salud de los individuos o grupos. Según esta autora el nivel de funcionalidad de los individuos es una resultante de la interacción entre la persona y su medio ambiente. Los patrones están influidos por factores espirituales, sociales, culturales, del desarrollo y biológicos. Para determinar cuando un patrón es funcional o disfuncional previamente se deben comparar los datos de la valoración, que incluyen: (a) base de datos individual, (b) normas establecidas por grupos de edad, (c) normas culturales, sociales u otras.

El funcionamiento alterado es aquel que se considera negativo o indeseable para el cliente ( individuo o grupo ); los patrones disfuncionales de salud ( descritos en los diagnósticos de enfermería ) pueden ocurrir en la enfermedad, o pueden llevar a la enfermedad. Son once patrones funcionales a evaluar con el fin de determinar en el

individuo un funcionamiento positivo o alterado o en estado de riesgo; estos patrones están interrelacionados entre sí y son los siguientes:

1. **Patrón de percepción mantenimiento de la salud.** Este incluye la percepción de los individuos sobre el estado de salud y la relevancia de las actividades actuales y futuras; se incluyen los riesgos a la salud de los individuos, el manejo y las conductas del cuidado a la salud.
2. **Patrón Nutricional - Metabólico.** Describe el consumo alimenticio y de líquidos, relacionado a las necesidades metabólicas y patrones de complemento nutricional.
3. **Patrón de Eliminación.** Describe los patrones de la función excretora ( heces, orina y piel ).
4. **Patrón de Actividad - Ejercicio.** En él se describen las actividades de ejercicio, descanso y recreación, incluyendo actividades de la vida diaria.
5. **Patrón de Sueño - Descanso.** Describe patrones de sueño, descanso y relajamiento, incluyendo rutinas utilizadas para dormir y la percepción de la cantidad y calidad de sueño.
6. **Patrón Cognitivo - Perceptual.** Incluye lo adecuado de los modos sensoriales y el nivel de las habilidades de comprensión y toma de decisiones.
7. **Patrón de Autopercepción - Autoconcepto.** Incluye actitudes del individuo sobre sí mismo, su imagen corporal, identidad y sentido general de aprecio por sí mismo.
8. **Patrón Rol - Relación.** Describe la percepción individual de los principales roles y responsabilidades en las situaciones actuales de vida.

9. **Patrón de Sexualidad - Reproducción.** Refleja la identidad sexual y abarca la capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias; se incluye la capacidad procreadora.
10. **Patrón Resolutivo y de Tolerancia al Estrés.** Describe las capacidades para resistir los desafíos a su integridad, los sistemas familiares de apoyo u otros, y la habilidad autopercebida para manejar y controlar situaciones.
11. **Patrón de Valores y Creencias.** Describe valores, metas o creencias que guían la selección de las decisiones.

El marco de referencia de Gordon proporciona un formato para agrupar los diagnósticos de enfermería ya que cada área de patrones da lugar a diagnósticos específicos de enfermería; éste ha sido utilizado tanto en la familia, comunidad e individuo, pero hasta la fecha la práctica ha predominado en los individuos.

## **2.6 Teoría de Orem**

Debido a que la familia se ha considerado como la responsable de proveer cuidado a la salud de los miembros que la conforman ( Friedman 1992 ), es importante valorar las capacidades de auto-cuidado de Orem (1986); esta autora menciona que el enfoque central de enfermería son las necesidades del ser humano que están en relación con el autocuidado; siendo definido éste como la práctica de actividades aprendidas que tienen como característica el ser acciones deliberadas que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, salud y bienestar ( Orem y Taylor, 1986 ).

En su teoría Déficit del Autocuidado plantea que todo individuo a lo largo de su

vida ha desarrollado ciertas capacidades que le ayudan específicamente a cuidar de su salud. Estas capacidades son necesarias para desarrollar conductas encaminadas al cuidado de la salud y bienestar individual. Toda persona además, tiene una determinada demanda de cuidado terapéutico que varía con factores personales y del medio ambiente donde este se desarrolla. Cuando sus capacidades para cuidarse son menores que la demanda de cuidado que la persona tiene en un determinado tiempo y espacio, se dice que existe un déficit de autocuidado y por lo tanto requerirá de apoyo profesional de enfermería.

Orem (1991) reconoce que no sólo los individuos tienen necesidades de autocuidado, menciona que la atención de enfermería puede ser ofrecida a unidades tanto individuales como multipersonales; ya que reconoce que los seres humanos viven y sobreviven con una serie de relaciones interdependientes.

Uno de los procesos seguidos para la aplicación de una teoría es la elaboración de instrumentos que representan válida y confiablemente los conceptos contenidos en la teoría. En este la "Escala para estimar capacidades de autocuidado" (self-care agency) es un instrumento que fué diseñado para población norteamericana y ha sido traducido al holandés (Evers, et al. 1993) y al noruego (Lorensen, et al. 1993) y validada con grupos de ancianos de dichas nacionalidades. Así mismo se ha traducido al español (Gallegos y Salazar, 1995) y validado con grupos de pacientes diabéticos y sus familiares. Los resultados muestran que el instrumento permite discriminar la población que carece de estas capacidades.



## 2.7 Resumen de las investigaciones

Los estudios que se refieren a continuación han sido realizados por enfermería y por otros profesionales de la salud ya que la familia ha sido abordada por miembros de diversas profesiones.

Ronquillo (1992), realizó un estudio descriptivo en pacientes hipertensos en donde se valoró el apoyo familiar al paciente, el cual fué determinado por la aceptación familiar percibida, las personas más importantes en la vida del hipertenso y de ellas quién lo apoyaba y quién no. Encontrando en los resultados que el 81 % de los hipertensos perciben que su familia les ha apoyado bastante para realizar cambios en su estilo de vida demandados por la enfermedad, pero la correlación no fué significativa ( $\chi^2 = 0.36$ ;  $r = 0.09$ ); en el 50% de los casos los hijos son las personas más importantes y quienes más les apoyan en sus necesidades; con menor frecuencia se menciona al cónyuge. En este estudio el apoyo familiar no constituyó un factor determinante para que lleve a cabo acciones de autocuidado.

Sáenz (1992), en su estudio descriptivo realizado con pacientes diabéticos estableció dos propósitos: (a) identificar a través de la aplicación del instrumento de evaluación la función familiar, a las familias funcionales o disfuncionales y (b) identificar la relación entre la funcionalidad de la familia del paciente diabético en el seguimiento del plan terapéutico y control glucémico adecuados. Los resultados al relacionar funcionalidad y seguimiento del tratamiento no fueron significativos (68% en familias funcionales lo siguen y el 32% no lo siguen); otro resultado fué una asociación débil entre el control glucémico y el funcionamiento familiar (38.7% de los pacientes

con buen control pertenecían a familias con buen funcionamiento familiar ); el funcionamiento familiar asociado con el seguimiento de un tratamiento regular y la asistencia a las citas programadas, no fué un predictor significativo La V de Cramer para la relación con asistencia a citas fué de 0.23054; para el resultado de la última glicemia fué positiva de 0.43597.

Rojas (1995), en su estudio de tipo descriptivo cuyo objetivo fué identificar la participación familiar en el desarrollo de pre-escolar, encontró una correlación positiva entre la participación familiar y el desarrollo del niño en las áreas que valora la prueba de Desarrollo de Denver ( motor fino-adaptativo; personal social; motor grueso y lenguaje ).

Grande (1992), realizó un estudio con el fin de identificar los factores de riesgo para crisis familiar de acuerdo a la etapa de desarrollo del ciclo vital de la familia, en una comunidad suburbana. Los resultados mostraron eventos de crisis en las familias en el curso de las etapas de la vida las cuales pueden ser identificables y predecibles ( embarazo matrimonio, nacimiento de un hijo, adolescencia, jubilación ). Todas las familias presentaron cambios de hábitos y actividades durante y posterior a la crisis ( aumento en consumo de tabaco, medicamentos, disminución en apetito y sueño ). El 80% manifestó haber presentado algún síntoma físico durante el problema; el 76 % manifestó que los síntomas los experimentó él mismo; el 22 % los experimentó la esposa o cónyuge, 6 % uno o varios de los hijos.

González (1995) realizó un estudio con pacientes diabéticos, en donde sus hipótesis de investigación fueron: (a) existe relación entre el apoyo familiar percibido por el paciente diabético y el riesgo de pie diabético, (b) existe relación entre el conocimiento

de los miembros de la familia y el propio paciente sobre la demanda de autocuidado terapéutico y el riesgo de pie diabético. La relación entre el apoyo familiar percibido y el riesgo de amputación fué significativo ( Chi cuadrada = 241.54,  $p < 0.0000$ , con 5 grados de libertad).

Varni, et al. (1989) en su estudio descriptivo titulado Función familiar, Temperamento y Adaptación Psicológica en Niños con Minusvalías Físicas ( congénitas o adquiridas ) de las Extremidades, observaron mayor adaptación psicológica y social cuando existe una mejor cohesión familiar y un énfasis y organización moral religiosa en combinación con menos conflictos familiares.

Valdéz, et al. (1989) en su estudio al buscar la asociación entre las características familiares del paciente diabético tipo II y el control metabólico de éste, encontró que el 73.3% de los pacientes ubican a su familia como funcional.

Gallegos (1995) en su estudio para la validación de la Escala para Estimar la Capacidad de autocuidado (E.E.C.A.) en un grupo de adultos diagnosticados con diabetes mellitus con población mexicana, encontró confiabilidad del instrumento Alpha Cronbach de 0.819834, indicando que el concepto de capacidades de autocuidado tiende a la universalidad.

Ramirez, et al. (s/d) médicos familiares que realizaron un estudio descriptivo con el objeto de evaluar el impacto de los eventos críticos en la funcionalidad familiar, así como la utilización de los recursos familiares antes estos, encontraron diferencia estadística significativa ( $t = 3.1$ ,  $P < 0.005$ ) entre el promedio de Apgar de familias con y sin evento crítico. Las familias sin eventos críticos presentaban alta funcionalidad en un 84.1%. En las familias expuestas a un evento crítico, se encontró que el 29% de ellas

correspondía a las de alta funcionalidad, obtuvieron un promedio de recursos de 18.6 a diferencia de 12 familias con Apgar bajo, cuyo promedio fue de 12.4 ( $t= 4.1$ ,  $P<0.05$ ) con un índice de confiabilidad del 90%.

Craft, et al (1992) usando el método Delphi de dos rondas descrito en el artículo de Bulechek y Mc Closkey con la intención de describir las intervenciones relacionadas con la familia usadas por enfermeras y la validéz de contenido que éstas tienen; establecieron un grupo de nueve intervenciones relacionadas con la familia siendo estas:

- 1) Familia, fomento a la integridad
- 2) Familiar, movilización
- 3) Familia, terapia
- 4) Prestador de cuidados, apoyo
- 5) Parental, educación :Adolescentes
- 6) Familia, apoyo
- 7) Familia, conservación de procesos
- 8) Familia, participación y
- 9) Hermanos, apoyo.

Los resultados muestran que las intervenciones de enfermería relacionadas con la familia pueden identificarse de una manera que tienen significado para las expertas en enfermería familiar, evidenciando que las enfermeras poseen conocimientos acerca de las familias y de sus responsabilidades para intervenir en la ayuda a las familias mismas.

Donnelly, ( 1993 ) realizó una revisión de diversos instrumentos para valorar la salud de la familia como unidad de atención y desarrolló un instrumento de valoración basado en los once patrones de salud funcional de Gordon y categoriza los datos usando los métodos de entrevista, observación y medición. Los resultados demostraron la utilidad clínica del instrumento para las enfermeras que trabajan con familias en el hogar y la comunidad; dentro de los diagnósticos de enfermería seleccionados existe una fuerte orientación individual en el lenguaje de las características de definición ; aunque ninguna de las categorías existentes aprobadas por la NANDA aborda la unidad familiar como tal, algunas de ellas pueden perfeccionarse para abordar la salud de la familia.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Diseño del Estudio**

El estudio es de tipo exploratorio, descriptivo y correlacional con una sola medición ( Polit,1993 ).

#### **3.2 Sujetos**

La población de estudio se constituyó por familias nucleares como tales y por sus integrantes como individuos residentes del área de Guadalupe y Apodaca, Nuevo León.

Criterios de Inclusión:

- Familias residentes en las áreas de influencia de los Centros de Salud Urbanos de Fomerrey 4, Fomerrey 7, Pueblo Nuevo y DIF la Noria, pertenecientes a dichos municipios.
- Familias que previamente habían sido atendidas por personal profesional de enfermería de los centros de Salud Urbanos; siendo la razón de la atención que alguno de sus miembros mostraba algún desapego a tratamientos o membresía de trabajo en grupos existentes.
- Familias captadas en los Centros de Salud Urbanos y clasificadas como no

críticas ( según la clasificación citada en el Manual de Enfermería Comunitaria, 1980 ).

- Familias que por sus características podían entrevistarse a todos sus miembros
- Todos los miembros pertenecientes a las familias a estudiar.

**Criterios de Exclusión:**

- Familias de tipo extendidas ó compuestas.
- Familias no residentes de el área de influencia definida para cada Centro de Salud Urbano.
- Familias en quienes por diversas circunstancias no se encontrara al total de sus integrantes, al momento de las diferentes entrevistas.

### **3.3 MUESTRA**

Se utilizó una muestra no probabilística, por conveniencia. De las cuarenta y dos familias captadas en los diferentes centros de salud urbanos, se seleccionaron veintitrés, las cuales tenían la característica de ser nucleares. El total de miembros fué de noventa y seis individuos. El nivel de confiabilidad fué de 95% y un limite de error de estimación de .10.

### **3.4 INSTRUMENTOS**

Para recolectar la información se diseñaron y adaptaron cuatro instrumentos siendo estos: Guía de la Funcionalidad de la Familia; Valoración del Individuo Adulto

(mayor de 14 años); Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (en los mayores de 14 años) y Valoración del Funcionamiento de salud del menor de 15 años.

La Guía de Valoración de la Funcionalidad de la Familia incluye los siguientes capítulos: I Datos Generales de la familia; II Composición Familiar donde se identifica a cada uno de sus integrantes, la posición, sexo, edad, estado civil, escolaridad y actividad principal que desempeñan; III Datos de Estructura como el tipo de familia y ciclo de vida familiar; para contestar las preguntas de los capítulos II y III la guía de llenado cuenta con alternativas de respuestas identificadas con códigos (anexo 1).

La valoración de las funciones familiares se encuentran bajo los numerales del IV al VIII, IV Función Afectiva conformada por cinco variables siendo estas manifestación física y verbal, confianza, respeto, apoyo y maltrato físico/verbal, las que fueron valoradas por cada diada existente en la familia, V Función Reproductiva y Sexual con tres variables siendo educación sexual, problemas de conducta sexual y problemas de reproducción y sexualidad, valorada en el padre, madre e hijos, VI Función de Socialización, compuesta de las variables reconocimiento, cultura, normas y valores y relaciones extrafamiliares, VII Función de Atención a la salud compuesta de cuatro variables satisfacción de necesidades básicas, uso de medidas preventivas, atención de enfermo y uso de instituciones de salud, y VIII Función de Enfrentamiento y Resolutividad con dos variables a evaluar enfrentamiento en situaciones críticas y uso de estrategias disfuncionales. Para valorar las funciones familiares se sugieren preguntas específicas que se registran en el instructivo, sin embargo el entrevistador podía sustituirlas por otras según la situación que se presentara. Finalmente el entrevistador tomando en cuenta la información obtenida y las observaciones realizadas durante las

visitas domiciliarias ( siendo un mínimo de tres visitas ) concluía según su juicio profesional si la función se desarrollaba en forma aceptable o no aceptable. En el primero de los casos se asignó el valor de uno y en el segundo el valor de dos; en caso de que alguna variable no aplicara a la situación de la familia se asignó el número tres.

Los valores con que fueron calificadas cada una de las cinco funciones se transformaron para generar los índices de manera que al ser promediados reflejan el nivel de funcionalidad por cada función. Los cinco índices se promedian dando como resultado el índice de funcionalidad familiar con valores que van de cero a cien (anexo metodológico). Este instrumento se adaptó a partir del modelo de Valoración Familiar de Friedman; forma larga ( Friedman 1992 p. 399 ).

El Instrumento para la Valoración del Individuo Adulto se basa en los patrones funcionales de Gordon (1993) descritos en la Guía de valoración de enfermería al ingreso ( Carpenito, 1993); esta guía se modificó ya que está enfocado a pacientes hospitalizados. El instrumento contiene 65 reactivos que permiten valorar los 11 patrones funcionales de salud propuestos por la autora. Este se organiza en los siguientes apartados: I Datos de Identificación II Patrones Funcionales de salud incluyendo A. Mantenimiento-Percepción de la Salud, con 6 ítems los cuales valoran uso de medicamentos, uso de servicios de salud y la autopercepción y hábitos no saludables; B. Actividad-Ejercicio, con 14 ítems que valoran la capacidad de autocuidado, ejercicio y diversión; C. Nutricional-Metabólico, con 8 ítems que valoran el tipo de alimentos consumidos, apetito y peso; D. Eliminación con 3 ítems que valoran los hábitos y cambios en este que pudieran estar presentes; E. Sueño-Descanso, con 5 ítems los cuales valoran dificultades y hábitos; F. Cognoscitivo-Perceptual con 7 ítems que permite



valorar audición, visión, comprensión; G. Adaptación-Tolerancia al Estrés con 4 ítems a valorar; H. Autopercepción con 5 ítems; I. Sexualidad-Reproducción con 4 ítems que valora identidad sexual y reproducción; J. Rol-Relación con 4 ítems a valorar y K. Valores y Creencias con 5 ítems a evaluar. El instrumento cuenta en cada uno de sus apartados con opciones de respuesta y un código para cada uno (anexo 2).

Los once patrones fueron valorados en forma independiente como aceptable o no aceptables. En el primero de los casos se calificó con el número uno y en el segundo con cero; para llegar a estas calificaciones se tomaron en cuenta las respuestas del conjunto de ítems bajo cada patrón. El funcionamiento de salud del individuo corresponde a la media obtenida de cada uno de los valores de los once patrones, con una escala de cero a cien (anexo metodológico).

El instrumento denominado "Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado" fue utilizado para valorar las capacidades de los miembros de la familia mayores de 14 años. El concepto capacidades de autocuidado ( Orem, 1991 ) fue operacionalizado por enfermeras clínicas y académicas y validado con población adulta ( Evers, et al., 1993; Lorensen, et al., 1993 ); este instrumento ha sido probado en población mexicana en pacientes diabéticos ( Gallegos, 1995 ). Para utilizar la Escala (ASA) fue necesario obtener la autorización de las autoras y traductoras de dicho instrumento. La Escala está conformada por 24 ítems cuya respuesta se señala en una escala tipo Likert (anexo 3). El puntaje original de la escala (24 a 120) se transformó en un índice con valores de cero a cien, a fin de poder manejarlo con los demás índices de los instrumentos previamente descritos (anexo metodológico).

El cuarto instrumento fue el de Valoración del Funcionamiento de Salud de los

menores 15 años, el cual fué elaborado por la investigadora. Este instrumento está conformado por cuatro capítulos siendo estos: I Datos Generales ; II Conductas de Salud; III Aspectos nutricionales, donde se valoró el Índice de Masa Corporal ( IMC ) determinado por el peso y la estatura de los menores y el Patrón de alimentos consumidos y IV Uso de medidas preventivas. La escala de medición utilizada varió entre cero y uno en cada ítem (anexo 4), este valor se transformó en un índice global con valores de 0 a 100 representado por la media de cada uno (anexo metodológico).

### **3.5 Procedimiento de Recolección de la Información**

La información se tomó de veintitrés familias y noventa y seis de sus miembros, siendo cuarenta de ellos menores de 15 años y cincuenta y seis mayores de 14 años .Para la aplicación del instrumento fué necesario capacitar a dos pasantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería y una pasante de Enfermería Básica, que auxiliaron a la investigadora principal. La capacitación consistió en la enseñanza de la aplicación de los instrumentos utilizados a excepción del instrumento de funcionalidad de la familia ya que este fué aplicado sólo por la investigadora principal. Con la versión final de los cuatro instrumentos se realizó la prueba piloto en cinco familias y sus miembros. Como resultado de este ensayo se hicieron las siguientes modificaciones: en la Guía de Valoración de la Funcionalidad de la Familia; se cambiaron preguntas que guían la valoración de las variables confianza de la función afectiva,estableciéndose que el puntaje obtenido posterior a la valoración fuera evaluado por cada diada para la función afectiva, otros cambios fueron en las preguntas del apartado de socialización y

enfrentamiento de la salud. En el instrumento de Valoración del Individuo Adulto se pudo identificar que variables eran necesarias para establecer los índices de cada partrón.

Referente a la Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado se encontró que este no puede ser autoaplicado en todos los casos, debido a que se encontraron analfabetas o que no entendían la forma de seleccionar la respuesta según la escala propuesta; se identificaron items que permiten corroborar la respuesta de los individuos y evitar variabilidad, debido a que existen preguntas hechas en forma negativa. A todos los individuos se les hizo dos preguntas para corroborar con ellos la selección de sus respuestas.

Para acceder a las familias en sus domicilios la investigadora se auxilió de croquis correspondientes a cada una de las áreas de influencia de los Centros de Salud involucrados. Esto implicó la búsqueda de domicilios en cuatro colonias pertenecientes a dos municipios de Nuevo León.

Las enfermeras realizaron la primera visita a los hogares de las familias con la finalidad de corroborar el domicilio de la familia seleccionada. El primer contacto se hizo en la mayoría de los casos con la madre, a quién se le explicó el motivo de la visita y se pidió su consentimiento para participar en la investigación. Si no tenía inconveniente se procedía en esa misma visita a levantar los datos generales de la familia y los correspondientes a los miembros presentes. Al finalizar la primera visita se estableció una cita para entrevistar a la familia en su conjunto y a sus miembros que no estuvieran presentes durante el primer contacto.

Las veintitrés familias seleccionadas aceptaron participar en la investigación. El número de visitas por familia fué entre tres y siete; estas se realizaron en diferentes

horarios e inclusive se visitó a la familia en dos ocasiones en un mismo día; ya que el objetivo principal era valorar a todos los miembros que conformaban las familias.

Como se mencionó en la primera entrevista a la familia se explicó el objetivo de la investigación y el tipo de instrumentos a utilizar. Para la aplicación de los instrumentos se siguió un orden siendo este el siguiente: primero la Guía de Valoración de la Funcionalidad de la Familia, Instrumento de Valoración del Individuo Adulto, Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado y Valoración del Funcionamiento de Salud de los menores de 15 años.

Para aplicar la Guía de Valoración de la Funcionalidad de la Familia se cuestionó directamente en forma individual y conjunta; haciendo además registro de observaciones por parte del investigador principal durante las visitas domiciliarias. Los datos tanto de la función afectiva como reproductiva implicó el cuestionamiento y observación de las relaciones entre las diadas en que se conformaban las familias ( esposo-esposa ; padre-hijo; madre-hijo ) . En todos los casos se logró conjuntar a la familia completa al menos en una entrevista, obteniéndose del conjunto las respuestas para las funciones de socialización, atención a la salud y de enfrentamiento-resolutividad. Las respuestas categóricas fueron dadas por la madre y el padre, sin embargo éstas fueron complementadas por las observaciones de la dinámica y comunicación entre los miembros. Al finalizar cada entrevista y con respecto a cada función, el investigador hizo anotaciones anecdóticas que permitieron fundamentar su calificación como aceptable o no aceptable en cada función. El Instrumento para la Valoración del Individuo Adulto ( mayor de 14 años ) se aplicó mediante entrevistas directas, donde el encuestador cuestionaba a cada uno de los integrantes de la familia y hacía los registros

correspondientes, seleccionando las opciones de respuesta del instrumento con lo expresado por el entrevistado.

La Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado se proporcionó a los miembros de la familia que sabían leer y escribir para su autoaplicación, al terminar se corroboraban en todos los casos las respuestas marcadas en la escala con el fin de detectar alguna error al escoger la respuesta; en caso de que la persona no supiera escribir o leer, fuera mayor de edad o no entendiera como contestarlo, el encuestador preguntaba directamente y hacía los registros correspondientes según lo expresado.

La aplicación del Instrumento de Valoración de la Funcionalidad de Salud del menor de 15 años se hizo contando con la colaboración de las madres siendo estas las que contestaban las preguntas hechas por el investigador; en el caso de los miembros mayores de seis años las preguntas se hicieron a ellos directamente y las respuestas se corroboraron con la madre. En esta valoración se requería hacer mediciones de peso y talla; para pesar se utilizaron básculas de piso siendo el procedimiento de la siguiente manera: se pidió que se descalzaran, se mantuvieran pies juntos y cabeza levantada; para tomar la estatura se pidió se recagara en una pared lisa y firme, sin zapatos poniendo la espalda a la pared y manteniendo la cabeza levantada y talones juntos. Los niños menores de un año se citaron en el Centro de Salud para ser pesados en básculas pediátricas y medidos con el tallímetro.

Al terminar el levantamiento de los datos se procedió a la captura de los datos de cada instrumento por el propio investigador y una capturista; el procesamiento de los datos se efectuó con el apoyo del programa estadístico Statistical Analysis System (S.A.S.) y Kwikstart IV; obteniéndose estadísticas descriptivas; índices de correlación de

Spearman y Pearson; Coeficiente Alpha Cronbach ; modelos lineales ANOVA y regresiones múltiples.

### **3.6 Etica del estudio**

Tomando en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud (1987) este estudio se considera con riesgo mínimo ya que sólo se empleó el registro de los datos y aplicación de procedimientos comunes ( peso y talla ) entre las familias y sus miembros.

Se solicitó su consentimiento expreso previa explicación de los objetivos de la investigación en el primer contacto con la familia, en la cual también se aseguró que los datos serían manejados en forma confidencial y en la libertad de desistir en continuar en la investigación en el momento que así lo decidieran.

## **CAPITULO 4**

### **RESULTADOS**

Los resultados que se reportan en el presente estudio corresponden a 23 familias de tipo nuclear, que habitan en colonias urbano-marginadas de los municipios de Apodaca y Guadalupe N.L. Estos se presentan en tres apartados: (1) Características sociodemográficas de la población de estudio (tipo de familias, conformación de estas, estrato socioeconómico, escolaridad y actividad principal de los integrantes de las familias); (2) estadísticas descriptivas y de correlación relativas a los conceptos utilizados ( índices de la funcionalidad de la familia entre los que se encuentra el índice total de la funcionalidad de la familia, función afectiva, reproductiva, socialización, atención de la salud y el de enfrentamiento -resolutividad); índices de funcionamiento de salud de los mayores de 14 años por patrones (mantenimiento-percepción de la salud, actividad-ejercicio, nutricional-metabólico, eliminación, sueño-descanso, cognoscitivo-perceptivo, adaptación-tolerancia al estrés, autopercepción, sexualidad-reproducción, rol-relación, valores-creencias; y el índice total de funcionamiento); índice de capacidades de autocuidado de los individuos mayores de 14 años; y el índice de funcionamiento de salud de los menores de 15 años entre los que se encuentran el índice de conducta de salud, nutricional, de uso de medidas preventivas y el índice total de funcionamiento de salud; (3) inferencias estadísticas: análisis de varianza y regresión logística.

#### 4.1 Características sociodemográficas de la población de estudio.

Las 23 familias que se estudiaron son de tipo nuclear, de las cuales un 13% corresponden a familias con un sólo padre; el 87% de estas tiene al menos un hijo ( figura 1 ); y todas ellas pertenecen al estrato socioeconómico bajo ( INEGI 1991). Las parejas estudiadas están casadas en su mayoría (87%) como se observa en la figura 2. Respecto a la etapa de desarrollo familiar predominó el ciclo de dispersión (43.5%) seguido por la de independencia (39%) como se aprecia en la figura 3. De las familias estudiadas se encontró que entre sus miembros el 17% pertenecen a más de una religión.

De los 96 individuos que conforman las 23 familias el 58% son del sexo femenino y el resto masculino. La edad fluctuó entre los dos meses de edad y los 75 años; el mayor porcentaje se encontró en el rango de edad de 15 a 24 años (47%) como se observa en la figura 4 . La educación, se valoró en función de los años cursados; en los padres de familia esto fluctuó entre 0 y 9 años de educación formal, alcanzando el mayor porcentaje en 6 años (23%). Los miembros de la familia en edad escolar (6 -12 años) están asistiendo a la escuela según les corresponde, en el 100% de los casos. En el grupo de 13 a 18 años se observó que 88% de los jóvenes asisten a la escuela en cursos de educación media.

Los hombres, como jefes de familia se encuentran desempeñando un trabajo remunerado en el 81% , el 14% se encuentra jubilado y el 5% está desempleado. En el caso de las madres de familia el 77% de ellas son amas de casa; el 5% se desempeña como jefe de familia y consecuentemente como proveedora principal y el 18 % combina



el rol de ama de casa y de proveedora. De los hijos que no estudian (27%) están desempeñando algún trabajo remunerado; y el 3% no realiza ninguna actividad .

## **4.2 ESTADISTICAS DESCRIPTIVAS Y DE CORRELACION**

Las estadísticas generadas a través del análisis de los datos de los diferentes instrumentos se presentan a continuación en el siguiente orden: a) funcionalidad de la familia; b) funcionamiento de salud de los mayores de 14 años; c) capacidades de autocuidado del individuo mayor de 14 años y d) funcionamiento de salud de los menores de 15 años.

Como ya se mencionó en el capítulo de metodología los valores obtenidos en los instrumentos aplicados fueron transformados, siendo estos descritos en el apartado de anexos metodológicos.

### **A. Funcionalidad de la familia**

En este apartado se incluye cinco grandes funciones a evaluar siendo estas: afectiva, reproductiva, socialización, atención a la salud y enfrentamiento; para cada una de estas se computó un índice en forma individual y uno más que sumaría el índice total de las funciones familiares.

En el siguiente cuadro (no.1) se reportan los índices generados especificándose la media, valores mínimos, máximos, así como la desviación estándar.

En estos llama la atención los valores extremos de 0 que toman las funciones de atención a la salud y de enfrentamiento.

CUADRO No. 1

INDICES DE LAS FUNCIONES FAMILIARES ESTUDIADAS

VARIABLE	N	MINIMO	MAXIMA	MEDIA	S. D.
FUNCION AFECTIVA	23	0.2285	0.5714	0.4637	0.1125
FUNCION REPRODUCTIVA	23	0.3750	1.0000	0.7572	0.2173
FUNCION DE SOCIALIZACION	23	0.2500	1.0000	0.7608	0.2767
FUNCION DE ATENCION A LA SALUD	23	0	1.0000	0.7065	0.3587
FUNCION DE ENFRENTAMIENTO	23	0	1.0000	0.6086	0.4756
INDICE TOTAL DE FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA	23	0.2792	0.9142	0.65942	0.2331

N = 23

Fuente: Guía de Valoración de la Funcionalidad de la Familia (G.V.F.F.)

1.a. Índice de la Función Afectiva

La función afectiva fué medida en base a la interacción desplegada por las diadas que conformaron a las familias estudiadas. Así encontramos que se cuestionó y observó al esposo en relación a la esposa y viceversa; a la madre en relación con sus hijos y viceversa, al padre en relación a los hijos y viceversa, y la relación existente entre los hermanos.

En el cuadro no.2 se muestra los valores mínimos, máximos, la media y desviación estándar obtenidos por cada diada estudiada; estos índices se construyeron en base a valores que van de 0 a .5 para cada diada. Es importante destacar que los índices menores corresponden a lo expresado por el esposo acerca de la esposa; por los hijos acerca de la madre y por los hijos acerca del padre.

CUADRO No. 2

INDICES DE AFECTIVIDAD POR DIADAS EN LAS FAMILIAS ESTUDIADAS

DIADA	n	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	S. D.
ESPOSO-ESPOSA	20	0	0.5000	0.3900	0.1618
ESPOSA-ESPOSO	20	0.1000	0.5000	0.4350	0.1182
MADRE-HIJOS	19	0.2000	0.5000	0.4421	0.1070
HIJOS-MADRE	19	0	0.5000	0.4368	0.1256
PADRE-HIJOS	18	0.1000	0.5000	0.3333	0.1680
HIJOS-PADRE	18	0	0.5000	0.3555	0.2006
HERMANOS- HERMANOS	16	0.2000	1.0000	0.9125	0.2061

N= 23

Fuente: G. V. F. F.

1. b. Índice de la Función Reproductiva

Las preguntas correspondientes para poder valorar la función reproductiva fueron planteadas al padre, madre e hijos en forma individual, asignándosele un valor según fuera aceptable o no; estos valores fueron transformados para poder crear el índice de esta función familiar, el rango de éste es de 0 a 1.

En el cuadro no.3 se pueden observar los valores mínimos, máximos,

la media y desviación estándar obtenidos en esta función en las familias estudiadas.

**CUADRO No. 3**

**INDICE DE LA FUNCION REPRODUCTIVA DE LAS FAMILIAS**

OPINION DE:	n	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	S. D.
PADRE	21	0.3333	1	0.7301	0.2265
MADRE	22	0.3333	1	0.7575	0.2557
HIJOS	20	0.5	1	0.8	0.2513
INDICE TOTAL	23	0.3750	1.0000	0.7572	0.2173

N= 23

Fuente: G.V.F.F.

Las funciones de socialización, atención a la salud y enfrentamiento se valoraron a través de preguntas hechas a los miembros de la familia y en base a éstas el investigador hacía las conclusiones para poder asignarles un valor y así generar los índices correspondientes a cada una de estas funciones.

Al instrumento denominado Valoración de la Funcionalidad de la Familia se le aplicó el Coeficiente de Alpha Cronbach, siendo el resultado de la variable estandarizada de 0.8654 lo que significa que el instrumento es confiable. El 43 % de las familias estudiadas obtuvieron valores menores a la media .7572 ( figura 5 ).

**B. Funcionamiento de salud de los mayores de 15 años.**

En el cuadro no. 4 se reportan los índices para cada uno de los once patrones funcionales de salud , y un índice total que los sumariza; se muestran los valores

mínimos, máximos, la media y desviación estándar. A pesar de que los valores promedios son relativamente altos llama la atención los valores mínimos encontrados en el patrón de mantenimiento-percepción de la salud y en patrón cognocitivo-perceptual, incluyendo el valor de 0 para los patrones de eliminación y sueño descanso respectivamente.

CUADRO No. 4

INDICES DE FUNCIONAMIENTO DE SALUD DE LOS INDIVIDUOS  
MAYORES DE 14 AÑOS

INDICE POR PATRONES	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	S. D.
MANTENIMIENTO/PERCEPCION DE LA SALUD	56	0.2000	1.0000	0.7219	0.2231
ACTIVIDAD / EJERCICIO	56	0.3461	1.0000	0.9409	0.0942
NUTRICIONAL / METABOLICO	56	0.5000	1.0000	0.76591	0.8000
ELIMINACION	56	0	1.0000	0.91071	0.2246
SUEÑO / DESCANSO	56	0	1.0000	0.77381	0.2551
COGNOSITIVO/PERCEPTUAL	56	0.1428	1.0000	0.70876	0.1636
ADAPTACION/ TOLERANCIA	56	0.5000	1.0000	0.76063	0.1193
AUTOPERCEPCION	56	0.2500	1.0000	0.83036	0.2083
SEXUALIDAD/REPRODUCCION	56	0.5000	1.0000	0.94643	0.1235
ROL / RELACION	56	0.2500	1.0000	0.86607	0.2130
VALORES / CREENCIAS	56	0.2500	1.0000	0.63095	0.2089
INDICE TOTAL DE FUNCIONAMIENTO INDIVIDUAL	56	0.67424	1.0000	0.81112	0.0468

N= 56

Fuente: Valoración del Individuo Adulto (V.I.A.)

De los cincuenta y seis individuos mayores de 14 años el 45 % obtuvo valores mínimos a la media de 0.81112 ( figura 6 ).

### C. Capacidades de Autocuidado de los Mayores de 14 años

Como se explicó en la metodología a los mayores de 14 años se les aplicó la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (E.C.C.A.) los resultados de éste se presentan en el siguiente esquema convertidos a índices, siendo necesario previamente transformar los valores originales de la escala y poder establecer relaciones con el funcionamiento de salud y con la funcionalidad de la familia. Los índices se construyeron en una escala de cero a uno.

CUADRO No. 5

#### INDICE DE LAS CAPACIDADES DE AUTOUIDADO DE LOS MAYORES DE 14 AÑOS

VARIABLE	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	S. D.
CAPACIDADES DE AUTOUIDADO ( índice )	56	36.4583	83.3333	62.7232	8.8158

N= 56

Fuente: Escala para estimar las Capacidades de Autocuidado (E.C.C.A.)

Al dividir la población según el puntaje individual obtenido se encontró que el 52% de los individuos mayores de 14 años están por debajo de la media ( figura 7 ).

### D. Funcionamiento de Salud de los Menores de 15 años

La salud de los menores fué medida a través de la valoración de tres variables:

a) conductas de salud; b) factores nutricionales y c) uso de medidas preventivas. Para

cada una de las variables se obtuvo un índice, así como un índice total que resume el funcionamiento en salud. Los valores en este índice total se expresan en escala de 1 a 100.

En el cuadro no. 6 se presentan los valores obtenidos en mínimos, máximos, media y desviación estándar. Llama la atención los valores de 0 reportados en conductas de salud y uso de medidas preventivas. El 55% de los menores estudiados obtuvieron una media menor a la reportada por el índice de funcionamiento de salud de 77.43 ( figura 8 ).

CUADRO No. 6

INDICE DE FUNCIONAMIENTO DE SALUD DE LOS MENORES DE 15 AÑOS

VARIABLE	n	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	S. D.
CONDUCTA DE SALUD	8	0	1.000	0.5000	0.5345
NUTRICION	38	.4285	1.000	0.78947	0.1651
USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS	40	0	1.000	0.65000	0.4830
INDICE TOTAL DE FUNCIONAMIENTO DE SALUD	40	50.000	100.000	77.430	16.878

N= 40

Fuente: Valoración del Estado de Salud del Menor de 15 años (V.E.S.M.)

#### 4.2.1. ANALISIS DE CORRELACION

Las correlaciones se determinaron bajo dos modalidades; primero se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson para las variables de cada instrumento.

segundo se determinó el grado de asociación entre las grandes variables del estudio: funcionalidad de la familia, funcionalidad de salud de los mayores de 14 años, capacidades de autocuidado y funcionalidad de salud de los menores de 15 años.

**a) Funcionalidad Familiar**

Esta mostró tener una alta correlación entre cada una de las cinco funciones que la componen. Los valores de la r de Pearson se reportan en el siguiente cuadro.

**CUADRO No. 7**

**INTERRELACION DE LAS FUNCIONES FAMILIARES**

RELACION DE VARIABLES	r	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
F. AFECTIVA / F. REPRODUCTIVA	0.63284	0.0012
F. AFECTIVA / F. SOCIALIZACION	0.65418	0.0007
F. AFECTIVA / F. ATENCION A SALUD	0.5903	0.003
F. AFECTIVA / F. ENFRENTAMIENTO	0.57405	0.0042
F. REPRODUCTIVA / F.SOCIALIZACION	0.54962	0.0066
F. REPRODUCTIVA / F. ATENCION A LA SALUD	0.49482	0.0164
F. SOCIALIZACION / F. ATENCIAON A LA SALUD	0.38584	0.069
F. SOCIALIZACION / F. ENFRENTAMIENTO	0.57728	0.0039
F. ATENCION A LA SALUD / F. ENFRENTAMIENTO	0.52836	0.0096

N= 23

Fuente: G.V.F.F.

**b) Funcionamiento de salud de los individuos mayores de 14 años**

Con respecto al funcionamiento de salud en los miembros mayores de 14 años se determinó el coeficiente de correlación de Spearman encontrándose significancia en siete



pares de las cincuenta y seis correlaciones posibles, según se muestra en el siguiente cuadro.

**CUADRO No. 8**  
**INTERRELACION ENTRE LOS PATRONES DE SALUD**

VARIABLE	r	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
MANTENIMIENTO-PERCEPCION DE SALUD / ACTIVIDAD-EJERCICIO	-0.27941	0.0370
MANTENIMIENTO-PERCEPCION DE SALUD / NUTRICIONAL-METABOLICO	-0.32158	0.0157
MANTENIMIENTO-PERCEPCION DE SALUD / SUEÑO-DESCANSO	-0.32389	0.0149
MANTENIMIENTO-PERCEPCION DE SALUD / SEXUALIDAD-REPRODUCCION	-0.27955	0.0369
ACTIVIDAD-EJERCICIO / ELIMINACION	0.28095	0.0360
COGNOSCITIVO-PERCEPTUAL / ROL-RELACION	0.32414	0.0148
SEXUALIDAD-REPRODUCCION / ROL-RELACION	0.33232	0.0123

N= 56

Fuente: V.I.A.

Al correlacionar el índice de funcionamiento de salud de los mayores de 14 años con la edad de los sujetos, se encontró una relación negativa con el patrón cognoscitivo-perceptual ( $r = -0.3500$ ,  $p = 0.0082$ ).

### c) Funcionamiento de Salud de los Menores de 15 años

Usando el coeficiente de correlación de Spearman entre los valores de funcionamiento de salud y la edad de los individuos menores de 15 años, no se encontró significancia ( $r = -0.287$   $p = 0.143$ ).

### d) Capacidades de Autocuidado de los mayores de 14 años

Los puntajes obtenidos de la aplicación de la escala fueron relacionados con el sexo y la edad de los individuos no encontrándose significancia; los resultados fueron para el sexo  $r = 0.0122$  y en cuanto a la edad fué de  $0.0475$   $p = 0.0254$ .

### e) Correlaciones entre las principales variables del estudio

El índice de funcionalidad de la familia, el funcionamiento de salud de los miembros de las familias y las capacidades de autocuidado, fueron variables que se asociaron usando el coeficiente de correlación de Pearson. Las correlaciones entre el funcionamiento familiar y el funcionamiento de salud de los individuos fué significativo, aunque en relación inversa a lo esperado ( $r = -0.4821$ ,  $p = 0.0198$ ).

Al correlacionar el funcionamiento familiar con el funcionamiento de salud de los mayores de 14 años y de los menores de 15 años en forma independiente se observó que sólo fué significativo en forma inversa el funcionamiento familiar y el funcionamiento de salud de los menores de 15 años ( $r = -0.7235$ ,  $p = 0.0023$ ).

### 4.3 Preguntas de Investigación y Prueba de Hipótesis

Para responder a la primera pregunta de investigación planteada ¿ Cual es el nivel de correlación que existe entre el funcionamiento familiar y las capacidades de autocuidado de los individuos mayores de 14 años ? se determinó el coeficiente de correlación de Pearson entre estas variables encontrándose que no hay significancia , debido a que los resultados fueron de  $r = .19436$ ,  $p = .3742$  .

La segunda pregunta menciona ¿Cuál es la correlación que existe entre la funcionalidad familiar y el funcionamiento de salud de sus miembros mayores y menores de 15 años ? Usando el coeficiente de correlación de Pearson se determinó que estas variables si tienen significancia al reportarse los valores para  $r = -0.48212$ , y el valor de  $p = 0.0198$  indicando que la dirección de la relación se presentó en forma opuesta a lo esperado.

La última pregunta planteada ¿ Que relación existe entre las capacidades de autocuidado y el nivel de funcionamiento de salud de los miembros mayores de 15 años ? Mediante el uso del coeficiente de correlación de Pearson para estas dos variables se obtuvo un valor de  $r = -0.12624$  ,  $p= 0.5660$  indicando que no existe una correlación significativa.

Para la prueba de las hipótesis planteadas se aplicaron diversas pruebas estadísticas como: modelos de regresión lineal simple y múltiple usando la técnica de Stepwise

La primera hipótesis planteada: El nivel de funcionamiento de salud de los miembros de la familia y la composición familiar son predictores significativos del nivel

de funcionamiento familiar; se puso a prueba un modelo de regresión lineal tomando como variable dependiente el índice de funcionamiento familiar y como independientes los índices de funcionamiento de salud de los miembros de la familia, el índice de las capacidades de autocuidado de los mayores de 14 años y la presencia de ambos padres en la familia. El modelo fue significativo, con los siguientes valores de  $F(3,22) = 4.25$ , con un valor de  $p = 0.0186$ , (cuadro no 9). Las  $\beta$  fueron puestas a prueba con la hipótesis nula de el parámetro = 0 y la alternativa  $\neq 0$ . Estos resultados permiten aceptar el planteamiento de la hipótesis.

CUADRO No. 9

ANALISIS DE REGRESION DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (VARIABLE DEPENDIENTE ) Y LOS INDICE DE FUNCIONAMIENTO DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO Y PRESENCIA DE AMBOS PADRES EN LA FAMILIA ( VARIABLES INDEPENDIENTES)

PARAMETROS	ESTIMADO R	VALOR DE T PARA $H_0$ = 0	PROBABILI DAD DE T	ERROR ESTIMADO
INTERCEPT	64.30114179	0.73	0.4742	88.06667017
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO	0.94644002	1.30	0.2104	0.73013205
PRESENCIA DE AMBOS PADRES	27.77493633	2.19	0.0412	12.68018083
FUNCIONAMIENTO DE SALUD	-1.39459805	-2.02	0.0581	0.69170414

N= 23

Fuente: G.V.F.F., E.C.C.A., V.I.A., V.E.S.M.

El índice de salud y las familias compuestas por ambos padres obtuvieron una  $t$  significativa indicando que estas dos variables pueden predecir el nivel de funcionalidad de la familia. El valor de la varianza explicada en este modelo  $R= 40 \%$ .

Posteriormente se manejó un modelo de regresión múltiple con la técnica de Stepwise introduciendo como variable dependiente el funcionamiento familiar y como independiente el funcionamiento de salud de todos los miembros, capacidades de autocuidado, presencia de ambos padres en la familia, número de hijos, ciclo de vida familiar, religión y edad promedio de los padres. El siguiente cuadro resume los resultados mismos que confirman como predictores significativas las variables independientes de funcionalidad de salud de los miembros de la familia y presencia de ambos padres explicando un 34.87% de la varianza (23.24 % atribuido a las variables de funcionamiento de salud y un 11.63% a la presencia de ambos padres en la familia). Cuatro variables independientes no fueron tomadas en cuenta entre ellas el índice de capacidad de autocuidado.

CUADRO No. 10

ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
(VARIABLE DEPENDIENTE) Y LAS SIETE VARIABLES INDEPENDIENTES  
DEFINIDAS

VARIABLE	PARAMETRO	ERROR STD	SUMA DE CUADRADOS	F	PROB > F
INTERCEPT	144.65682831	63.6082	2013.24743368	5.17	0.0341
FUNCIONAMIENTO DE SALUD	-1.55480213	0.69205	1964.80957562	5.05	0.0361
PRESENCIA DE AMBOS PADRES	23.54688852	12.4601	1390.16857168	3.57	0.0734

N= 23

Fuente: G.V.F. F. , V.I.A

$R^2 = 0.34873528$

La segunda hipótesis es el nivel de funcionamiento familiar es predictor del nivel de salud de sus miembros; fué puesta a prueba aplicándose un modelo de regresión simple, con el funcionamiento de salud de los miembros como variable dependiente y el funcionamiento familiar como independiente; siendo este modelo significativo  $F_{(1,22)} = 6.36$   $p = 0.0198$  con una  $R^2 = 23\%$ . Lo que permite aceptar este planteamiento hipotético.

CUADRO No. 11

**ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR  
(VARIABLE DEPENDIENTE) Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES  
SIGNIFICATIVAS.**

PARAMETRO	ESTIMADOR	VALOR DE T PARA $H_0 = 0$	PROBABILIDAD DE T	ERROR ESTIMADO
INTERCEPT	87.39656358	24.63	0.0001	3.54782912
FUNCION. FAMILIAR	-0.12823184	-2.52	0.0198	0.05084901

N= 23

Fuente: G.V.F.F., V.I.A.

La tercera hipótesis menciona que : Las capacidades de autocuidado medidas por la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (E.E.C.A) explican en forma significativa el nivel de funcionamiento de salud individual de los mayores de 14 años ; estas variables no pudieron ser sometidas a análisis usando

algún modelo de regresión lineal debido a que los niveles de asociación fueron bajos y no fueron significativos como se observa en el cuadro siguiente ( no. 12 ).

Con estos datos se rechaza la hipótesis .

**CUADRO No. 12**

**FUNCIONAMIENTO DE SALUD DE LOS MAYORES DE 14 AÑOS Y SU  
RELACION CON LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO**

VARIABLES	r	NIVEL DE SIGNIFICANCIA
FUNCIONAMIENTO DE SALUD / CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE LOS PADRES	0.05871	0.7902
FUNCIONAMIENTO DE SALUD / CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE LOS HIJOS MAYORES 14 AÑOS	-0.12652	0.7457

N= 23

Fuente: V.I.A. , E.E.C.A.

## **CAPITULO 5**

### **DISCUSION**

En este estudio se utilizaron los conceptos de funcionamiento familiar, funcionamiento de salud de los miembros de la familia y capacidades de autocuidado en los mayores de 14 años. Friedman (1992) menciona que la salud de la familia es más que la suma del nivel de salud de cada uno de los miembros que la conforman; esta autora señala que el estado funcional de una familia es el resultante de lo que ésta hace para satisfacer las necesidades de sus miembros mediante el cumplimiento de las funciones familiares (afectiva, socialización, reproductiva, cuidado a la salud y de enfrentamiento) las cuales teóricamente se asocian, sugiriendo que a mayor nivel de funcionalidad familiar se debería tener mayor nivel de funcionamiento de salud de los miembros que la conforman.

Al analizar en este estudio el funcionamiento familiar se encontró que el 57% de las familias estudiadas si cumplen con todas sus funciones según lo expresado y observado en las entrevistas realizadas, ya que estas se encontraron por encima de la media establecida ( media=0.65942 ) y el 43% se encontró por debajo de esta media. Sin embargo la correlación entre el funcionamiento de salud de los miembros de la familia y el funcionamiento familiar fué significativa pero con una dirección inversa a la esperada (  $r = -0.4821$ ,  $p = 0.0198$ ). Tanto el nivel de funcionamiento de salud de los miembros como la composición familiar (presencia de ambos padres en la familia) mostraron una significancia como predictores del nivel de la funcionalidad de la familia.



Aunque no se encontraron estudios que relacionen el funcionamiento familiar con el estado de salud de sus miembros, se encontraron dos investigaciones realizadas con familias de pacientes crónicos, resultados que son congruentes con los hallazgos del presente estudio, donde también se encontró una relación inversa de la funcionalidad familiar y el funcionamiento de salud de sus miembros. Ronquillo (1992) en su estudio descriptivo Efectos sobre el paciente hipertenso para que realice acciones de autocuidado, encontró que el apoyo familiar no constituyó un factor determinante para que los paciente realicen acciones de autocuidado; solo el 8% de los pacientes percibieron apoyo de sus familias para llevar a cabo los cambios requeridos por su estado crónico ( $\chi^2 = 0.36$ ;  $r=0.009$ ). Sáenz (1992) al determinar la relación existente entre el funcionamiento familiar y una asociación débil entre el control glucémico y el funcionamiento familiar (38.7% de los pacientes con buen control pertenecían a familias con buen funcionamiento familiar). De acuerdo con los resultados de estos estudios y los de la presente investigación el que las familias se encuentre en un nivel de funcionamiento no garantiza que sus miembros tengan buen estado de salud o en el caso de familias con miembros padeciendo alguna enfermedad crónica, estas no son apoyadas para mantenerse dentro de los rangos de control aceptable.

Ante estos resultados es conveniente revalorar la sensibilidad de los instrumentos usados para determinar el funcionamiento familiar y funcionamiento de salud de los individuos, sobretudo el tomar como indicador apropiado el índice total ya que la cifra más baja dentro de las cinco funciones de la familia fué la correspondiente a la atención a la salud. Este dato podría indicar que los altos índices obtenidos en las otras funciones encubren cierta deficiencia en el de atención a la salud. La función de enfrentamiento y

resolutividad fué también de la que obtuvo el índice más bajo; tanto para obtener servicios de salud como resolver problemas diversos se requiere de recursos, dado que las familias estudiadas todas pertenecían al estrato bajo, otra explicación de estos resultados podría ser en función de la escasez de recursos.

Si el funcionamiento familiar está influido por la salud de sus miembros, es factible aceptar que el funcionamiento familiar predice el nivel de salud de sus miembros.

Friedman

(1992) menciona que cualquier disfunción (enfermedad o accidente) que afecta a uno o más miembros de la familia puede y frecuentemente afectará de alguna manera a los demás miembros y a la familia como total. Los resultados en el presente estudio permitieron confirmar este planteamiento hipotético aunque en dirección inversa a la esperada, dos estudios demuestran esta relación en sentido positivo.

González (1995) demostró que el apoyo familiar era significativo para que el paciente diabético se mantuviera controlado y así evitar amputaciones ( Chi cuadrada de 241.54,  $gl=5$ ,  $p=0.0000$  ). Así mismo Varni, et al. (1989) en su estudio descriptivo demostraron que las familias con niños con minusvalías físicas (congénitas o adquiridas de las extremidades) con alto grado de cohesión influían positivamente en la adaptación psicológica y social.

Basados en estos conceptos se asumió que si una persona tiene desarrolladas sus capacidades de autocuidado ello se asociará con un nivel de funcionamiento de salud individual apropiado. Sin embargo los resultados del estudio demostraron que no existe tal asociación que puede deberse a que se trata de conceptos independientes . Sobre éste particular se requiere de profundizar en la validez conceptual del instrumento de

Valoración del individuo adulto, el cual fué desarrollado más como guía de valoración clínica que como instrumento de investigación.

### 5.1 Conclusiones

Los resultados de este estudio permiten apoyar algunos conceptos de las teorías usadas entre los que se encuentran el estado funcional de una familia el cual Friedman lo describe como el resultado de las acciones realizadas por las familias para satisfacer las necesidades de sus miembros a través del cumplimiento de las funciones; en este estudio se encontró que las familias que obtuvieron valores por encima de la media establecida (57%) para el índice de funcionalidad de la familia sí cumplían con todas las funciones.

Según los apoyos teóricos usados se sugería que a mayor nivel de funcionalidad familiar mayor nivel de funcionamiento de salud de sus miembros; en el estudio las asociaciones fueron inversas a estas expectativas. El funcionamiento de salud de los miembros de la familia medidos con el instrumento Valoración del Individuo Adulto (V.I.A) que operacionaliza los patrones de Gordon puede no reflejar necesariamente el nivel de salud de los individuos. Es decir que el funcionamiento de la salud no sea sinónimo de salud o que el funcionamiento de salud del individuo cuando expresan como sinónimo de estar saludables no coincide con el concepto de Gordon.

De acuerdo a los resultados obtenidos y de la validez de los instrumentos se concluye que las capacidades de autocuidado según Orem no son un antecedente del funcionamiento de salud de los individuos medida por los patrones funcionales de Gordon; es decir el funcionamiento de salud del individuo no es equivalente a la

capacidades de autocuidado como las define Orem.

Una aportación importante fué la metodología usada para valorar a la familia, la cual implicó la observación y cuestionamiento tanto a los miembros de la familia como individuos como al conjunto total de la familia reunido por la investigadora. La función afectiva se valoró y por las observaciones de la dinámica de interacción y comunicación en el total de la familia. Las restantes cuatro funciones fueron cuestionadas principalmente a los padres y miembros adultos de la familia. Esta metodología es la apropiada para la enfermera comunitaria ya que frecuentemente la familia es su foco de atención.

## **5.2 Recomendaciones**

Los resultados son relevantes para la enfermera comunitaria en su rol de proveedor de cuidados ya que debe considerar a la valoración de la familia como una forma de trabajo implementando nuevas herramientas y metodologías que permitan evidenciar la atención a este grupo. Es importante mencionar que se requiere de documentar el trabajo con la familia y revalorar la sensibilidad de los instrumentos aplicados en este estudio para poder determinar la funcionalidad familiar y el funcionamiento familiar de sus miembros. A su vez se sugiere reformular el instrumento de valoración del individuo adulto basado en los patrones funcionales de Gordon ya que este fué desarrollado como una guía de valoración clínica que como instrumento de investigación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Beverly, R; Cobb, K.L. (1990) Planning Nursing Care for Families; Family Nursing: A Nursing Process Approach California City.

Boyd, S. (1990) Base Conceptual para la Intervención de Enfermería con Familias. Enfoque en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas 1990, 184 - 186.

Carpenito, L.J. (1993) Manual de Diagnóstico de Enfermería (4 ed.) México Interamericana Mc.-Graw-Hill.

Craft, M.J. y Willadsen, J.A. (1992) Intervenciones Relacionadas con la Familia. Clínicas de Enfermería de Norteamérica vol 2,1992.

Donnelly, E. (1993) Valoración de la Salud de la Familia Home Health Care Nurse vol 11,2 30-39 Lippincott Company.

Evers, G. , Isenberg, M. , Philipsen, H., Senten, M. Brouns, G. (1993). Validity testing of the testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A. -scale Int. J. Nurs Stud., 30, 331-342.

Friedman, M. (1992) Family Nursing Theory and Practice (Third edition). Appleton, Lange. Norwalk, Connecticut.

Gallegos (1995) Validación de la Escala: Capacidades para el Autocuidado con Población Mexicana Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey N.L., México.

Gordon, M. (1993) Manual of Nursing Diagnosis (6 ed.) St. Louis Missouri. Mosby-Year Book, Inc.

Grande Gonzalez, A. (1992) Identificación de Factores de Riesgo para Crisis Familiar en una Comunidad Sub-urbana. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

González Rodríguez, A. (1995) Percepción del Apoyo Familiar por el Adulto con Diabetes. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

Hostler, Sharonl, M.D. (1991) Atención centrada en la familia Clínicas Pediátricas de Norteamérica Desarrollo y conducta: El niño de muy corta edad. vol 6. Ed. Interamericana

Ibañez, B. (1990) Manual para la elaboración de tesis. Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología. Ed. Trillas, México.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) 1991. Centro de Investigaciones Económicas. Facultad de Economía, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

Lee, W.D. (1992) El Niño con Enfermedad Potencialmente Terminal .[ La Familia en riesgo debido a un niño de Alto Riesgo]. 1-45.

Lorensen, M., Holter, I., Evers, G. Isenberg, M.,Achtenberg, T. (1993). Cross-cultural testing of the appraisal of self-care agency : ASA scale in Norway. Int. J. Nurs. Stud.,30 15 - 23.

Martínez, B.M; Latapi; Hernández; Rodríguez. ( 1985 ) Sociología de una Profesión El caso de Enfermería ( 1a Edición ). México. Centro de Estudios Educativos, A.C. Ediciones Nuevomar,S.A. p. 87 - 94

Mischke Berkeg,R, Harmon (1991). Family Assessment and Intervention, Mosby year Book, St. Louis Missouri. 1-7.

Nettle,C., Pavelich, J. et al. La Familia como Cliente: Usando la tipología de Patrones de Salud de Gordon. Journal of Community Nursing 1993, 19(1), 53-61.

Orem, D.E. & Taylor, S.G. (1986) Teoría General de Enfermería de Orem En P. Winstead-Fry (ED). Estudios de caso en la teoría de enfermería (Publicación No. 15-2152, pp 37-1)

Nueva York: Sociedad Nacional de Enfermería.

Orem, D. (1995) Nursing Concepts of Practice (Fifth Edition). New York. Mc Graw Hill.

Orem, D. (1991) Concepts of practice (Fourth ed.) St. Louis, Mo: Mosby.

Polit, F. (1991) Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6 ed). México. Interamericana.

Ramirez, A., Garza, y col. Valoración de los Recursos Familiares Ante Eventos Críticos. Salud Fronteriza México 1986, vol II, 3. p 6-9.

Rojas Garza, I. (1995) Desarrollo en el Pre-escolar Valorado por Enfermería y Participación Familiar. Tesis inédita de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

Ronquillo Gueda, R. (1992) Apoyo percibido: Efectos sobre el Paciente Hipertenso para que realice acciones de Autocuidado. Tesis inédita de Maestría en Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.

Sáenz López, E (1992) Función Familiar en el seguimiento y control del paciente diabético. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México.



Stanhope, M. y Lancaster, J. (1984) Community Health Nursing Process and Practice for Promoting Health. Ed. C.V. Mosby Co., St. Louis Mo.

Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial, México 1987.

Valdez Figueroa, I., Aldrete, . y col. (1989). Influencia de la Familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México , 35, 465-469.

Varni James, W., Rubinfeld, L., Talbot, D. y Setogehi, Y. (1989). Función familiar, temperamento y adaptación psicológica en niños con deficiencias congénitas o adquiridas de las extremidades. American Academy of Pediatric, 28 . 2, (120).

Writh, L.M. y Leahey M. (1987) How to intervene with familes. Nurses and Families Davis Company p. 171-181. Mischke Berkey, Harmon H. Shirley (1991).

## ANEXO No. 1

### PROGRAMA ESTADISTICO PARA GENERAR LOS DATOS DE TODAS LAS VARIABLES ESTUDIADAS EN LOS CUATRO INSTRUMENTOS APLICADOS

```
data indice; c:\sas\enfermer\familia\totaleip.sas(5/12/95)
infile 'totalesi.dat' firstobs=2 lrecl = 574 missover;
options nodate pagesize = 65;
input x001 1-2 x002 3-9 x003 10-16 x004 17-20 x005 21-24 x006 25-27
x007 28-34 x008 35-36 x009 37 x010 38-41 x011 42-48 x012 49-55
x013 56-62 x014 63-69 x015 70-76 x016 77-83 x017 84-87
x018 88-91 x019 92-95 x020 96-102 x021 103-109 x022 110-116
x023 117-118 x024 119 x025 120-123 x026 124-130
x027 131-137 x028 138-144 x029 145-151 x030 152-158 x031 159-165
x032 166-169 x033 170-173 x034 174-177 x035 178-184 x036 185-191
x037 192-198 x038 199-200 x039 201 x040 202-205 x041 206-212
x042 213-219 x043 220-226 x044 227-233 x045 234-240 x046 241-247
x047 248-251 x048 252-255 x049 256-259 x050 260-265 x051 266-273
x052 274-280 x053 281-282 x054 283 x055 284-287 x056 288-294
x057 295-301 x058 302-308 x059 309-315 x060 316-322 x061 323-329
x062 330-333 x063 334-337 x064 338-341 x065 342-347 x066 348-355
x067 356-362 x068 363-364 x069 365 x070 366-369 x071 370-376
x072 377-383 x073 384-390 x074 391-397 x075 398-404 x076 405-411
x077 412-415 x078 416-419 x079 420-423 x080 424-430 x081 431-437
x082 438-444 x083 445-451 x084 452 x085 453 x086 454 x087 455-461
x088 462 x089 463-469 x090 470-476 x091 477 x092 478 x093 479
x094 480-486 x095 487 x096 488-494 x097 495-501 x098 502 x099 503
x100 504 x101 505-511 x102 512 x103 513-519 x104 520-526 x105 527
x106 528 x107 529 x108 530-536 x109 537 x110 538-544 x111 545-551
x112 552 x113 553 x114 554 x115 555-561 x116 562 x117 563-569
x118 570 x119 571-572 x120 573 x121 574 ;
/* X118 = NUMERO DE PADRES */
/* X119 = NUMERO DE HIJOS */
/* X120 = CICLO DE VIDA FAMILIAR */
/* X121 = RELIGION */
x007 = (x007*100); /* INDICE DE LA SALUD FAMILIAR = X007 */
x021 = (x021*100); INDICE DE SALUD DEL PADRE
x036 = (x036*100); INDICE DE SALUD DE LA MADRE
x051 = (x051*100); INDICE DE SALUD DEL PRIMER HIJO MAYOR DE 14
AÑOS
```

```

x066 = (x066*100);  INDICE DE SALUD DEL SEGUNDO HIJO MAYOR DE
                  14 AÑOS
x081 = (x081*100);  INDICE DE SALUD DEL TERCER HIJO MAYOR DE
                  14 AÑOS
/*EDAD PROMEDIO DE LOS PADRES = EDADPRO      */
  edadpro = mean(x008, x023);
/* INDICE DE SALUD PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA =
  INSALUD */
/* SOLO MAYORES INSALUD1                      */
/* SOLO MENORES INSALUD2                      */
  insalud1 = mean(x021, x036, x051, x066, x081);
  insalud2 = mean(x089, x096, x103, x110, x117);
  insalud = mean(x021, x036, x051, x066, x081, x089, x096, x103, x110, x117);

/* INDICE DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO = INAUTOC      */
/* SOLO PADRES INAUTOC1                          */
/* SOLO HIJOS INAUTOC2                          */
  inautoc1 = mean(x022, x037);  INDICE DE AUTOCUIDADO DE PADRES
  inautoc2 = mean(x052, x067, x082);  INDICE DE AUTOCUIDADO DE
                                      HIJOS
  inautoc = mean(x022, x037, x052, x067, x082);  INDICE DE
                                      ATOCUIDADO DE TODOS LOS MAYORES DE 14 AÑOS

proc print;
var insalud insalud1 x021 x036 x051 x066 x081;  INDICE DE SALUD DE
                                      TODOS LOS MAYORES DE 14 AÑOS

proc print;
var insalud2 x089 x096 x103 x110 x117 x118 x119 X120 X121;  INDICE DE
                                      SALUD DE TODOS LOS MENORES DE 15 AÑOS

proc print;
var inautoc inautoc1 x022 x037 inautoc2 x052 x067 x082;
proc freq;
tables insalud1 insalud2 insalud inautoc1 inautoc2 inautoc;
proc corr;
var x002 - x007 inautoc1 inautoc2;
proc corr;
var x002 - x007 insalud2;
proc corr;
var x022 x037 insalud2 ;
proc corr;
var inautoc1 inautoc2 insalud1 insalud2 x007 x008 x023;
proc glm;
model x007 = insalud x118 x119;
proc glm;
model x007 = edadpro X118 x119;
proc glm;

```

```
model x007 = insalud1 insalud2 inautoc1 inautoc2;
proc glm;
model x007 = insalud1 insalud2 inautoc;
proc glm;
model insalud1 = x007;
proc glm;
model insalud2 = x007;
proc glm;
model insalud = x007;
proc glm;
model inautoc1 = x007;
proc glm;
model inautoc2 = x007;
proc glm;
model inautoc = x007;
proc reg;
model x007 = insalud inautoc x118 x119 x120 x121 edadpro / selection = stepwise
run;
```

## ANEXO No. 2

### VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Columna	Descripción de la variable
1,2 3	NUMERO DE ENCUESTA POSICION EN LA FAMILIA 1. padre 9. no aplica
4	SEXO 1. masculino
5,6 7	EDAD EN AÑOS ESTADO CIVIL 1. menor de 12 años 2. soltero 7. separado 3. casado 4. unión libre 5. viudo 6. divorciado
8,9	ESCOLARIDAD 1. menor 2. sin escolaridad 3. Kinder 4. primaria incompleta 5. primaria completa 6. secundaria incompleta 7. secundaria completa 8. prepa o medio sup. incomp. 9. prepa o medio sup. completa 10. educación superior incompleta 11. educación superior completa
10	ACTIVIDAD PRINCIPAL 1. menor 2. no estudia ni trabaja 3. estudia 4. trabaja 5. estudia y trabaja 6. ama de casa 7. jubilado
11,12,13 14	INGRESO ECONOMICO ( en miles ) LUGAR DE NACIMIENTO DE PADRE 1. nativo 2. migrante de N.L. 3. migrante urbano de otras áreas 4. migrante rural de otras áreas 5. ausente
15	LUGAR DE NACIMIENTO DE MADRE 1. nativo 2. migrante de N.L. 3. migrante urbano de otras areas 4. migrante rural de otras areas 5. ausente
16	TIPO DE FAMILIA 1. nuclear
17	ETAPA DE DESARROLLO 1. matrimonio 2. expansión 3. dispersión 4. independencia 5. retiro o muerte

18	RELIGION
	1. si            2. no
19	POSICION
	2. madre
20	SEXO
	2. femenino
21, 22	EDAD EN ANOS
23	ESTADO CIVIL
	1. menor de 12 años    2. soltero
	3. casado                4. unión libre
	5. viudo                 6. divorciado
	7. separado
24,25	ESCOLARIDAD
	1. menor    2. sin escolaridad    3. Kinder
	4. primaria incompleta    5. primaria completa
	6. secundaria incompleta    7. secundaria completa
	8. prepa o medio sup. incomp.    9. prepa o medio sup. completa
	10. educación superior incompleta
	11. educación superior completa
26	ACTIVIDAD PRINCIPAL
	1. menor    2. no estudia ni trabaja    3. estudia
	4. trabaja    5. estudia y trabaja    6. ama de casa
	7. jubilado
27,28, 29	INGRESO ECONOMICO
30	POSICION EN LA FAMILIA
	3. primer hijo
31	SEXO
	1. masculino    2. femenino
32, 33	EDAD
34	ESTADO CIVIL
35,36	ESCOLARIDAD
37	ACTIVIDAD PRINCIPAL
38, 39, 40	INGRESO ECONOMICO
41	POSICION EN LA FAMILIA
	4. segundo hijo
42	SEXO
43, 44	EDAD
45	ESTADO CIVIL
46,47	ESCOLARIDAD
48	ACTIVIDAD PRINCIPAL
49 ,50, 51	INGRESO ECONOMICO
52	POSICION EN LA FAMILIA
	5. tercer hijo
53	SEXO
54, 55	EDAD

56 ESTADO CIVIL  
57, 58 ESCOLARIDAD  
59 ACTIVIDAD PRINCIPAL  
60, 61, 62 INGRESO ECONOMICO

**FUNCION AFECTIVA ( 1. si 2. no 3. no aplica )**

**\* esposo - esposa**

63 MANIFESTACION FISICA VERBAL  
64 CONFIANZA  
65 RESPETO  
66 APOYO  
67 MALTRATO

**\* esposa -esposo**

68 MANIFESTACION FISICA VERBAL  
69 CONFIANZA  
70 RESPETO  
71 APOYO  
72 MALTRATO

**\* madre-hijos**

73 MANIFESTACION FISICA VERBAL  
74 CONFIANZA  
75 RESPETO  
76 APOYO  
77 MALTRATO

**\* hijos- madre**

78 MANIFESTACION FISICA VERBAL  
79 CONFIANZA  
80 RESPETO  
81 APOYO  
82 MALTRATO

**\* padre- hijos**

83 MANIFESTACION FISICA VERBAL  
84 CONFIANZA  
85 RESPETO  
86 APOYO  
87 MALTRATO

**\* hijos- padre**

88 MANIFESTACION FISICA VERBAL  
89 CONFIANZA  
90 RESPETO  
91 APOYO  
92 MALTRATO

	<b>* hermanos - hermanos</b>	
93		MANIFESTACION FISICA VERBAL
94		CONFIANZA
95		RESPECTO
96		APOYO
97		MALTRATO
<b>FUNCION REPRODUCTIVA ( 1. sin alteracion 2.con alteracion 3. no aplica)</b>		
	<b>* padre</b>	
98		EDUCACION SEXUAL
99		PROBLEMAS DE CONDUCTA SEX.
100		PROBLEMAS DE REPRODUCCION
	<b>* madre</b>	
101		EDUCACION SEXUAL
102		PROBLEMAS DE CONDUCTA SEX.
103		PROBLEMAS DE REPRODUCCION
	<b>* hijos</b>	
104		EDUCACION SEXUAL
105		PROBLEMAS DE CONDUCTA SEX.
<b>FUNCION DE SOCIALIZACION ( 1.aceptable 2. no aceptable )</b>		
106		RECONOCIMIENTO O ESTATUS
107		CULTURA
108		NORMAS Y VALORES
109		RELACIONES EXTRAFAMILIARES
<b>FUNCION DE ATENCION A LA SALUD ( 1. aceptable 2. no aceptable)</b>		
110		SATISFACCION DE NECESIDADES
111		MEDIDAS PREVENTIVAS
112		ATENCION DE ENFERMO
113		USO DE INSTITUCION DE SALUD
<b>FUNCION DE ENFRENTAMIENTO Y RESOLUTIVIDAD ( 1.aceptable 2. no aceptable)</b>		
114		ENFRENTAMIENTO EN SITUACIONES CRITICAS
115		ESTRATEGIAS DISFUNCIONALES.



ANEXO No. 3

**PROGRAMA ESTADISTICO PARA EL INSTRUMENTO VALORACION DE  
LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA**

```
DATA VALFAM1;          /*
INFILE 'VALFAM01.DAT' LRECL=360;
OPTIONS NODATE PAGESIZE=65;
TITLE1 'VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA';
/* *****
*/
/* TITLE2 'INVESTIGACION DE: LIC. BLANCA ALICIA GALINDO CRUZ
*/
/* *****
*/
INPUT
Y01 1-2  Y02 3-4  Y03 5   Y04 6-7  Y05 8   Y06 9 -10 Y07 11
Y08 12   Y09 13   Y10 14   Y11 15-16 Y12 17   Y13 18-19
Y14 20   Y15 21-22 Y16 23   Y17 24-25 Y18 26   Y19 27-28
Y20 29   Y21 30-31 Y22 32   Y23 33-34 Y24 35   Y25 36-37
Y26 38   Y27 39-40 Y28 41   Y29 42-43 Y30 44   Y31 45-46
Y32 47   Y33 48-49 Y34 50   Y35 51-52 Y36 53   Y37 54-55
Y38 56   Y39 57-58 Y40 59   Y41 60-61 Y42 62   Y43 63-64
Y44 65   Y45 66-67 Y46 68   Y47 69   Y48 70   Y49 71
Y50 72   Y51 73   Y52 74   Y53 75   Y54 76
(Y55 - Y99) (1.);

/*   Y01 = 'NO DE ENCUESTA'          */
/*   Y02 = 'POSICION EN LA FAMILIA'  */
/*   Y03 = 'SEXO'                    */
/*   Y04 = 'EDAD EN AÑOS'            */
/*   Y08 = 'TIPO DE FAMILIA'        */
/*   Y09 = 'ETAPA DE DESARROLLO FAMILIAR' */
/*   Y10 = 'RELIGION'               */

/*   COMPOSICION FAMILIAR DE LA PRIMER FAMILIA      */
/*   FUNCION AFECTIVA:          Y47 - Y81  */
/*   FUNCION REPRODUCTIVA:     Y82 - Y89  */
/*   FUNCION DE SOCIALIZACION:  Y90 - Y93  */
/*   FUNCION DE ATENCION A LA SALUD:  Y94 - Y97  */
/*   FUNCION DE ENFRENTAMIENTO Y RESOLUTIVIDAD: Y98 - Y99  */
```

**/\* DIADAS 1 Y 2: ESPOSO - ESPOSA, ESPOSA - ESPOSO \*/**

$$Y47M = (\text{Mod}(Y47,2))/2;$$

$$Y48M = (\text{Mod}(Y48,2))/2;$$

$$Y49M = (\text{Mod}(Y49,2))/2;$$

$$Y50M = (\text{Mod}(Y50,2))/2;$$

$$Y51M = (\text{Mod}(Y51,2))/2;$$

$$Y52M = (\text{Mod}(Y52,2))/2;$$

$$Y53M = (\text{Mod}(Y53,2))/2;$$

$$Y54M = (\text{Mod}(Y54,2))/2;$$

$$Y55M = (\text{Mod}(Y55,2))/2;$$

$$Y56M = (\text{Mod}(Y56,2))/2;$$

$$\text{TEOEA} = \text{MEAN}(Y47M, Y48M, Y49M, Y50M, Y51M);$$

$$\text{TEAEO} = \text{MEAN}(Y52M, Y53M, Y54M, Y55M, Y56M);$$

$$\text{TDIA12} = \text{TEOEA} + \text{TEAEO}; \quad \text{INDICE DE LA DIADA ESPOSO-ESPOSA}$$

**/\* DIADAS 3 Y 4: MADRE - HIJOS, HIJOS - MADRE \*/**

$$Y57M = (\text{Mod}(Y57,2))/2;$$

$$Y58M = (\text{Mod}(Y58,2))/2;$$

$$Y59M = (\text{Mod}(Y59,2))/2;$$

$$Y60M = (\text{Mod}(Y60,2))/2;$$

$$Y61M = (\text{Mod}(Y61,2))/2;$$

$$Y62M = (\text{Mod}(Y62,2))/2;$$

$$Y63M = (\text{Mod}(Y63,2))/2;$$

$$Y64M = (\text{Mod}(Y64,2))/2;$$

$$Y65M = (\text{Mod}(Y65,2))/2;$$

$$Y66M = (\text{Mod}(Y66,2))/2;$$

$$\text{TMAHI} = \text{MEAN}(Y57M, Y58M, Y59M, Y60M, Y61M);$$

$$\text{THIMA} = \text{MEAN}(Y62M, Y63M, Y64M, Y65M, Y66M);$$

$$\text{TDIA34} = \text{TMAHI} + \text{THIMA}; \quad \text{INDICE DE LA DIADA MADRE-HIJOS}$$

**/\* DIADAS 5 Y 6: PADRE - HIJOS, HIJOS - PADRE \*/**

$$Y67M = (\text{Mod}(Y67,2))/2;$$

$$Y68M = (\text{Mod}(Y68,2))/2;$$

$$Y69M = (\text{Mod}(Y69,2))/2;$$

$$Y70M = (\text{Mod}(Y70,2))/2;$$

$$Y71M = (\text{Mod}(Y71,2))/2;$$

$$Y72M = (\text{Mod}(Y72,2))/2;$$

$$Y73M = (\text{Mod}(Y73,2))/2;$$

$$Y74M = (\text{Mod}(Y74,2))/2;$$

Y75M = (Mod(Y75,2))/2;  
Y76M = (Mod(Y76,2))/2;  
TPAHI=MEAN(Y67M, Y68M, Y69M, Y70M, Y71M);  
THIPA=MEAN(Y72M, Y73M, Y74M, Y75M, Y76M);  
TDIA56 = TPAHI + THIPA; INDICE DE LA DIADA PADRE-HIJOS

/\* DIADA 7: HERMANOS - HERMANOS \*/

Y77M = (Mod(Y77,2));  
Y78M = (Mod(Y78,2));  
Y79M = (Mod(Y79,2));  
Y80M = (Mod(Y80,2));  
Y81M = (Mod(Y81,2));  
THEHE=MEAN(Y77M, Y78M, Y79M, Y80M, Y81M);  
INDICE DE LA DIADA HERMANOS-HERMANOS

/\* SOLO SE CONSIDERA A LA FAMILIA NUCLEAR \*/

TFUAFE = MEAN(TEOEA, TEAEO, TMAHI, THIMA, TPAHI, THIPA, THEHE);  
/\* INDICE DE LA FUNCION AFECTIVA \*/

/\* FUNCION REPRODUCTIVA - SEXUALIDAD \*/

/\* PADRE \*/

Y82M = (Mod(Y82,2));  
Y83M = (Mod(Y83,2));  
Y84M = (Mod(Y84,2));  
TPADRE = MEAN(Y82M, Y83M, Y84M); INDICE REPRODUCTIVO DE PADRE

/\* MADRE \*/

Y85M = (Mod(Y85,2));  
Y86M = (Mod(Y86,2));  
Y87M = (Mod(Y87,2));  
TMADRE = MEAN(Y85M, Y86M, Y87M); INDICE REPRODUCTIVO DE MADRE

/\* HIJOS \*/

Y88M = (Mod(Y88,2));  
Y89M = (Mod(Y89,2));  
THIJOS = MEAN(Y88M, Y89M); INDICE REPRODUCTIVO DE HIJOS

/\* TOTAL \*/

TFUREP=MEAN(Y82M, Y83M, Y84M, Y85M, Y86M, Y87M, Y88M, Y89M);  
INDICE DE LA FUNCION REPRODUCTIVA

/\* FUNCION DE SOCIALIZACION \*/

Y90M = (Mod(Y90,2));  
Y91M = (Mod(Y91,2));

```
Y92M = (Mod(Y92,2));
Y93M = (Mod(Y93,2));
TFUSOC=MEAN(Y90M, Y91M, Y92M, Y93M); INDICE DE SOCIALIZACION
```

```
/* FUNCION DE ATENCION A LA SALUD */
```

```
Y94M = (Mod(Y94,2));
Y95M = (Mod(Y95,2));
Y96M = (Mod(Y96,2));
Y97M = (Mod(Y97,2));
TFUATE=MEAN(Y94M, Y95M, Y96M, Y97M); INDICE DE ATENCION A LA
SALUD
```

```
/* FUNCION DE ENFERENTAMIENTO Y RESOLUTIVIDAD */
```

```
Y98M = (Mod(Y98,2));
Y99M = (Mod(Y99,2));
TFUENF = MEAN(Y98M, Y99M); INDICE DE ENFRENTAMIENTO
```

```
TOTFUN = MEAN(TFUAFE, TFUREP, TFUSOC, TFUATE, TFUENF);
cards; INDICE DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA
PROC MEANS; VAR TFUAFE TFUREP TFUSOC TFUATE TFUENF TOTFUN;
PROC FREQ; TABLES TFUAFE TFUREP TFUSOC TFUATE TFUENF
TOTFUN;
PROC CORR SPEARMAN alpha;
VAR TFUAFE TFUREP TFUSOC TFUATE TFUENF;
```

ANEXO No. 4

VALORACION DEL INDIVIDUO ADULTO MAYOR DE 14 AÑOS

PATRON DE MANTENIMIENTO - PERCEPCION DE LA SALUD

<u>Columna deseable</u>	<u>Respuesta deseable</u>	<u>Puntaje</u>
6 - 7	*Condición de si la pregunta 6 responde 2 la preg.7 debe ser 2.	1
8	2 si	1
	1 no	0
9 D.O.C.	2 si	1
	1 no	0
	9 no aplica	.
10 P.F.	2 si	1
	1 no	0
	9 no aplica	.
11 Diab.	2 si	1
	1 no	0
	9 no aplica	.
12 H.T.A.	2 si	1
	1 no	0
	9 no aplica	.
13	<b>DESCRIPTIVA</b>	
14 Cigarro	1 no	1
	2 si	0
15 Alcohol	1 no	1
	2 o 3 si con/sin cambios	0
16 Droga	1 no	1
	2 si	0

PATRON DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

17 Comer	0 independiente	2
	1 ayuda	1
	2 dependiente	0
18 Baño	0 independiente	2
	1 ayuda	1
	2 dependiente	0
19 Vestido	0 independiente	2
	1 ayuda	1
	2 dependiente	0
20 Evacuar	0 independiente	2
	1 ayuda	1

21	Movilidad en cama	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
22	Traslado	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
23	Caminar	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
24	Subir escaleras	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
25	Ir de compras	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
26	Cocinar	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
27	Cuidado del hogar	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
28	Ejercicio	0 independiente 1 ayuda 2 dependiente	2 1 0
29		DESCRIPTIVO	
30	Diversión	cualquiera 1,2,3,4,6,7,8,9 5 ninguna	1 0

---

#### PATRON NUTRICIONAL METABOLICO

31	Fruta	cualquiera de 1 a 5 9 no consumo	1 .
32	Verdura	cualquiera de 1 a 5 9 no consumo	1 .
33	Carne	cualquiera de 1 a 5 9 no consumo	1 .
34	Lácteos	cualquiera de 1 a 5 9 no consumo	1 .
35	Leguminosa	cualquiera de 1 a 5 9 no consumo	1 .
36	Pan	cualquiera de 1 a 5 9 no consumo	1 .
37	Cambio apetito	1 no cualquiera de 2 a 4	1 0
38	Prob.comer	1 no	1

	cualquiera de 2 a 7	0
39 Edo. ánimo	1 no	1
	cualquiera de 2 o 3	0
40 Baja/aumento peso	1 no	1
	cualquiera de 2 o 3	0
41 Bajar de peso	cualquiera 2,3 o 5	1
	4 o 6	0
	1	.

---

**PATRON DE ELIMINACION**

42 Elim.intest	1 no	1
	cualquiera del 2 a 6	0
43 Elim. urinaria	1 no	1
	cualquiera del 2 a 6	0
44 Ayuda	cualquiera de 1 a 5	1
	6	0

---

**PATRON DE SUEÑO - DESCANSO**

45 Prob. dormir	1 no	1
	cualquiera de 2 o 3	0
46 Induzca sueño	1 o 2 no/prescrito	1
	cualquiera de 3 o 4	0
47	DESCRIPTOR	
48	DESCRIPTOR	
49 Descanso	2 si	1
	1 no	0

---

**PATRON COGNOSCITIVO-PERCEPTIVO**

50 Agudeza auditiva	1 normal	1
	cualquiera del 2 a 5	0
51 Agudeza visual	1 normal	1
	cualquiera del 2 a 7	0
52 Comprensión	1 siempre	1
53 * condicionante la 2 y 3 si en la 53	responden 1	1
	2 o 3	0
54 Decisión gasto	2 si	1
	1 no	0

55	Decisión consulta	2	si	1
		1	no	0
56	Planes futuros	2	si	1
		1	no	0

---

**PATRON DE ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRES**

57	Pérdida	1		1
	*Condicionante si responde 2 a 6 en la siguiente (58) debe ser 1 cualquiera 2 o 3			
58				1
				0
59	Sólo	2	si	1
		1	no	0
60	Ayuda	2	si	1
		1	no	0
61	Nada	2	si	1
		1	no	0
62	Se duerme	1	si	1
		2	no	0
63	Toma mx.	1	si	1
		2	no	0
64	DESCRIPTOR			

---

**PATRON DE AUTOPERCEPCION**

65	Conforme físico	2	si	1
		1	no	0
66	Cambiar	1	si	1
		2	no	0
67	Se ve así mismo	1	si	1
		2	no	0
68	Logros	2	si	1
		1	no	0
69	Cumplimiento	1 o 2	siempre/algunas veces	1
		3		0

---

**PATRON DE SEXUALIDAD - REPRODUCCION**

70	Hombre- Mujer	2	si	1
		1	no	0
71	Relacionarse	1	no	1



	2	si	0
72 Procreado	2	si	1
	4	no aplica	.
	1	no	0
73 Vida sexual	2	si	1
	1	no	0
	3	no aplica	.

---

**PATRON DE ROL - RELACION**

74 Responsabilidad	2	si	1
	1	no	0
75 Cumple con rol	2	si	1
	1	no	0
76 Impedimento	1	no	1
	2	si	0
77 Afecte Rela.	1	no	1
	cualquiera 2 a 6		0

---

**PATRON DE VALORES - CREENCIAS**

78 Pract. religión	DESCRIPTOR		
79 Relig diferente	1	no	1
	2	si	0
	3	no aplica	.
80 cree "llenita"	1	no	1
	2	si	0
81 Hace\enfermarse	1	acude médico	1
	2	o 3	0
82 Ejer\dormir	2	si	1
	1	no	0

---

ANEXO No. 5

PROGRAMA ESTADISTICO PARA EL INSTRUMENTO DE VALORACION DEL  
INDIVIDUO ADULTO

```
DATA FAMILIAR;          /*
INFILE 'MAYOR14.DAT' LRECL=360;
OPTIONS NODATE PAGESIZE=65;
TITLE1 'FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA (ADULTO)';

/* TITLE2 'INVESTIGACION DE: LIC. BLANCA ALICIA GALINDO CRUZ
INPUT Z001 1-2 Z002 3-4 (Z003 - Z080) (1.);

/*   Z001 = 'NO DE CUESTIONARIO'           */
/*   Z002 = 'EDAD'                         */
/*   Z003 = 'SEXO'                         */
/*   Z004 = 'TRATAMIENTO FARMACOLOGICO'   */
/*   Z005 = 'CUMPLE CON INDICACIONES DADAS' */
/* INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DEL INDIVIDUO ADULTO
/* A. PATRON DE MANTENIMIENTO-PERCEPCION DE LA SALUD: Z004 -
   Z014 */
/* B. PATRON DE ACTIVIDAD-EJERCICIO:      Z015 - Z028 */
/* C. PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO:     Z029 - Z039 */
/* D. PATRON DE ELIMINACION:             Z040 - Z042 */
/* E. PATRON DE SUEÑO-DESCANSO:         Z043 - Z047 */
/* F. PATRON COGNOSCITIVO-PERCEPTUAL:  Z048 - Z054 */
/* G. PATRON DE ADAPTACION-TOLERANCIA AL ESTRES: Z055 - Z062
/* H. PATRON DE AUTOPERCEPCION:         Z063 - Z067 */
/* I. PATRON DE SEXUALIDAD-REPRODUCCION:  Z068 - Z071 */
/* J. PATRON DE ROL-RELACION:           Z072 - Z075 */
/* K. PATRON DE VALORES-CREENCIAS:      Z076 - Z080 */

IF Z004 EQ 1 AND Z005 EQ . THEN PZ005 = 1;
IF Z004 EQ 1 AND Z005 EQ 1 THEN PZ005 = 0;
IF Z004 EQ 2 AND Z005 EQ 1 THEN PZ005 = 0;
IF Z004 EQ 2 AND Z005 EQ 2 THEN PZ005 = 1;
INDIA = MEAN(OFF PZ005, Z006, Z007, Z008, Z009, Z010, Z012, Z013, Z014);
      INDICE DE MANTENIMIENTO-PERCEPCION DE LA SALUD
PZ015 = Z015/2; PZ016 = Z016/2;
PZ017 = Z017/2; PZ018 = Z018/2;
PZ019 = Z019/2; PZ020 = Z020/2;
```

PZ021 = Z021/2; PZ022 = Z022/2;  
 PZ023 = Z023/2; PZ024 = Z024/2;  
 PZ025 = Z025/2;  
 INDIB = MEAN(OF PZ015 - PZ025, Z026, Z028); INDICE DE ACTIVIDAD  
 EJERCICIO  
 INDIC = MEAN(OF Z029 - Z039); INDICE DE NUTRICIONAL-METABOLICO  
 INDID = MEAN(OF Z040 - Z042); INDICE DE ELIMINACION  
 INDIE = MEAN(Z043, Z044, Z047); INDICE DE SUEÑO-DESCANSO  
 INDIF = MEAN(OF Z048 - Z054); INDICE DE COGNOSCITIVO-PERCEPRUAL  
 INDIG = MEAN(OF Z055-Z061); INDICE DE ADAPTACION-TOLERANCIA  
 INDIH = MEAN(Z063, Z065, Z066, Z067); INDICE DE AUTOPERCEPCION  
 INDII = MEAN(OF Z068 - Z071); INDICE DE SEXUALIDAD-REPRODUCCION  
 INDIJ = MEAN(OF Z072 - Z075); INDICE DE ROL-RELACION  
 INDIK = MEAN(OF Z077 - Z080); INDICE DE VALORES-CREENCIAS  
 INDICET = MEAN( PZ005, Z006, Z007, Z008, Z009, Z010, Z012, Z013, Z014,  
 PZ015, PZ016, PZ017, PZ018, PZ019, PZ020, PZ021, PZ022,  
 PZ023, PZ024, PZ025, Z026, Z028, Z029, Z030, Z031, Z032,  
 Z033, Z034, Z035, Z036, Z037, Z038, Z039, Z040, Z041, Z042,  
 Z043, Z044, Z047, Z048, Z049, Z050, Z051, Z052, Z053, Z054,  
 Z055, Z056, Z057, Z058, Z059, Z060, Z061, Z063, Z065, Z066,  
 Z067, Z068, Z069, Z070, Z071, Z072, Z073, Z074, Z075, Z077,  
 Z078, Z079, Z080); INDICE TOTAL DE FUNCIONAMIENTO DE

## SALUD

cards;

```

proc print; VAR Z001 - Z014 PZ005 INDIA;
proc print; VAR Z015 - Z028 PZ015 - PZ025 INDIB;
proc print; VAR Z029 - Z039 INDIC;
proc print; VAR Z040 - Z042 INDID;
proc print; VAR Z043 - Z047 INDIE;
proc print; VAR Z048 - Z054 INDIF;
proc print; VAR Z055 - Z062 INDIG;
proc print; VAR Z063 - Z067 INDIH;
proc print; VAR Z068 - Z071 INDII;
proc print; VAR Z072 - Z075 INDIJ;
proc print; VAR Z076 - Z080 INDIK ;
PROC PRINT;
  VAR PZ005 Z006 - Z014 PZ015 - PZ025 Z026 Z028
  Z029 - Z039 Z040 - Z042 Z043 Z044 Z047
  Z048 - Z054 Z055 - Z061 Z063 Z065 - Z067 Z068 - Z071
  Z072 - Z075 Z077 - Z080 INDICET;
PROC PRINT;
  VAR INDIA INDIB INDIC INDID INDIE INDIF INDIG INDIH INDII INDIJ INDIK
  INDICET;
proc freq;
PROC CORR SPEARMAN;
  
```

```
VAR INDIA INDIB INDIC INDID INDIE INDIF INDIG INDIH INDII INDIJ INDIK
  INDICET Z002;
PROC GLM;
  CLASS Z003;
  MODEL INDICET = Z003 Z002 ;
  MEANS Z003;
  LSMEANS Z003;
PROC GLM;
  CLASS Z003;
  MODEL INDIA INDIB INDIC INDID INDIE INDIF INDIG INDIH INDII
    INDIJ INDIK = Z003 ;
  MEANS Z003;
RUN;
```

ANEXO No. 6

**ESCALA PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE  
AUTOCUIDADO**

<u>Número de columna</u>		<u>Variable</u>
1,2	w01	Número 00/99
3,4	w02	Edad en años cumplidos
5	w03	Sexo: 1. Masc. 2. Fem.
6	w04	Edo.Civil 1. Soltero 2. Casados 3. Otro
7, 8	w05	Escolaridad: Número de años cursados (0...06...15...)
9	w06	Estrato 1. Marginal 2. Bajo 3. Medio Bajo 4. Medio Alto 5. Alto 6. Foráneo 7. No Direcc

**ITEMS DE AUTOCUIDADO**

**INVERSO (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)**

10	w07	Pregunta # 2
11	w08	Pregunta # 6
12	w09	Pregunta # 11
13	w10	Pregunta # 13
14	w11	Pregunta # 14

15	w12	Pregunta # 15
16	w13	Pregunta # 20
17	w14	Pregunta # 23
18	w15	Pregunta # 24

**DIRECTO (1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5)**

19	w16	Pregunta # 1
20	w17	Pregunta # 3
21	w18	Pregunta # 4
22	w19	Pregunta # 5
23	w20	Pregunta # 7
24	w21	Pregunta # 8
25	w22	Pregunta # 9
26	w23	Pregunta # 10
27	w24	Pregunta # 12
28	w25	Pregunta # 16
29	w26	Pregunta # 17
30	w27	Pregunta # 18
31	w28	Pregunta # 19
32	w29	Pregunta # 21
33	w30	Pregunta # 22

## ANEXO No. 7

### CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

```
data total;          /* AUTO02.SAS ( 15/ 11 / 95 ) */
infile 'AUTO1.DAT' ;
options nodate pagesize=65;
title1 'Investigacion de la Lic. Blanca Alicia Galindo Cruz';
input x01 1-2 x02 3-4 x03 5 x04 6 x05 7-8 x06 9
      (X07 - X30) (1.);
label x01 = 'No. de cuestionario'
      x02 = 'Edad en años cumplidos'
      x03 = 'Sexo'
      x04 = 'Estado Civil'
      x05 = 'Escolaridad'
      x06 = 'Estrato'
      x07 = 'Pregunta # 2'      x08 = 'Pregunta # 6'
      x09 = 'Pregunta # 11'     x10 = 'Pregunta # 13'
      x11 = 'Pregunta # 14'     x12 = 'Pregunta # 15'
      x13 = 'Pregunta # 20'     x14 = 'Pregunta # 23'
      x15 = 'Pregunta # 24'     x16 = 'Pregunta # 1'
      x17 = 'Pregunta # 3'      x18 = 'Pregunta # 4'
      x19 = 'Pregunta # 5'      x20 = 'Pregunta # 7'
      x21 = 'Pregunta # 8'      x22 = 'Pregunta # 9'
      x23 = 'Pregunta # 10'     x24 = 'Pregunta # 12'
      x25 = 'Pregunta # 16'     x26 = 'Pregunta # 17'
      x27 = 'Pregunta # 18'     x28 = 'Pregunta # 19'
      x29 = 'Pregunta # 21'     x30 = 'Pregunta # 22';

/* Escala para Estimar Capacidades de Autocuidado (EECA), total = EECA */

x05x05 = x05*x05;
total = (sum(of x07-x30)/120)*100;
cards;
proc format;
  value x03fmt 1 = 'Masculino'      2 = 'Femenino';
  value x04fmt 1 = 'Soltero' 2 = 'Casado' 3 = 'Otro';
  value x06fmt 1 = 'Marginal' 2 = 'Bajo' 3 = 'Medio Bajo' 4 = 'Medio Alto'
             5 = 'Alto' 6 = 'Foraneo' 7 = 'No Direccion';
proc print;
proc freq;
```

```
format x03 x03fmt. x04 x04fmt. x06 x06fmt. ;
```

```
proc means;  
  var x02 x05 total;  
proc corr;  
  var x02 x05 total;  
proc sort;  
  by x03;  
proc corr;  
  by x03;  
  var x02 x05 total;  
proc glm;  
  class x03 ;  
  model total = x03 X02 X05 ;  
  means x03 ;  
  lsmeans x03 ;  
run;
```



## ANEXO No. 8

### INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DEL INDIVIDUO MENOR DE 14 AÑOS

<b>COLUMNA</b>		<b>DESCRIPCION</b>
1, 2	Y01	No. de cuestionario
3, 4	Y02	Edad en años
5, 6	Y03	Edad en meses
7	Y04	Sexo
8	Y05	Presencia de molestias
9	Y06	Conducta ante enfermedad
10, 11	Y07	Grado nutricional
12	Y08	Tipo de alimentación
13	Y09	Frutas
14	Y10	Verduras
15	Y11	Carnes
16	Y12	Lácteos
17	Y13	Legumbres
18	Y14	Té, agua, refresco
19	Y15	Cobertura de vacunación

ANEXO No. 9

**PROGRAMA ESTADISTICO PARA EL INSTRUMENTO VALORACION DE  
FUNCIONAMIENTO DE  
DE SALUD DE LOS MENORES DE 15 AÑOS**

```
DATA FAMILIAR;          /* NINO01.SAS
INFILE 'NINO1.DAT' LRECL=360;
OPTIONS NODATE PAGESIZE=65;
TITLE1 'FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA (NIÑO) ';
TITLE2 'INVESTIGACION DE: LIC. BLANCA ALICIA GALINDO CRUZ ';
INPUT Y01 1-2 Y02 3-4 Y03 5-6 Y04 7 Y05 8 Y06 9 Y07 10-11 Y08 12 Y09 13
      Y10 14 Y11 15 Y12 16 Y13 17 Y14 18 Y15 19 ;
LABEL  Y01 = 'NO DE CUESTIONARIO'
      Y02 = 'EDAD AÑOS'
      Y03 = 'EDAD MESES'
      Y04 = 'SEXO'
      Y05 = 'ENFERMO'
      Y06 = 'ATENCION RECIBIDA'
      Y07 = 'IMC'
      Y08 = 'TIPO DE ALIMENTACION'
      Y09 = 'CONSUMO DE FRUTAS'
      Y10 = 'CONSUMO DE VERDURAS'
      Y11 = 'CONSUMO DE CARNES'
      Y12 = 'CONSUMO DE LACTEOS'
      Y13 = 'CONSUMO DE LEGUMINOSAS'
      Y14 = 'CONSUMO DE PAN/CEREAL'
      Y15 = 'ESQUEMA DE VACUNACION';
EDAD = Y02 + (Y03/12);          /* EDAD EN AÑOS */
MY06 = Y06;          /* INDICE DE CONDUCTA ANTE LA ENFERMEDAD */
SUMAT = Y07 + Y09 + Y10 + Y11 + Y12 + Y13 + Y14 ;
INDNINA = (SUMAT/7)*100;          /* INDICE NUTRICIONAL */
IF Y15 EQ 1 THEN MY15 = 1;          /* INDICE DE VACUNACION */
IF Y15 EQ 2 THEN MY15 = 0;
INDNINT = (MEAN(Y07, Y09, Y10, Y11, Y12, Y13, Y14, Y06, MY15)*100);
      /* INDNINT = INDICE TOTAL DE FUNCIONAMIENTO DE SALUD DEL
MENOR */
cards;
PROC FORMAT;
      VALUE Y04F 1 = 'MASCULINO'
      2 = 'FEMENINO';
```

```
VALUE Y05F 1 = 'NO'  
      2 = 'SI';  
VALUE Y07F 1 = 'NORMAL'  
      2 = 'SOBREPESO';  
VALUE Y08F 1 = 'PAPILLA'  
      2 = 'NORMAL'  
      3 = 'SENO MATERNO';  
VALUE Y15F 1 = 'NO CUBIERTO'  
      2 = 'CUBIERTO';  
PROC PRINT;  
PROC FREQ;  
  FORMAT Y04 Y04F. Y05 Y05F. Y07 Y07F. Y08 Y08F. Y15 Y15F. ;  
PROC MEANS;  
  VAR EDAD INDNINA INDNINT MY06 MY15;  
PROC CORR SPEARMAN;  
  VAR EDAD Y09 - Y14 Y15 MY06 MY15 INDNINA INDNINT;  
PROC FREQ;  
  TABLES Y04*(Y09 Y10 Y11 Y12 Y13 Y14 INDNINA INDNINT MY06 MY15) ;  
run;
```

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA

GUIA DE VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD EN LA FAMILIA

No. Consecutivo \_\_\_\_\_

Unidad \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

Nombre Familia \_\_\_\_\_ No. Exp. \_\_\_\_\_  
(Familiar en el C.S.)

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle y No. (Manzana y Lote) \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Fecha 1a. entrev. \_\_\_\_\_ Fecha 2a. entrev. \_\_\_\_\_

Fecha 3ra. entrev. \_\_\_\_\_ Fecha 4a. entrev. \_\_\_\_\_

**II. COMPOSICION FAMILIAR (Utilice las claves cuando sea pertinente)**

Nombre	Posición en la fam.	Sexo	Edad A/M/D	Edo. Civil	Max. gdo. escolar	Actividad principal	Aporte por sem.

Claves: Sexo 1 Masc. 2 Fem. Edo. Civil 1. Menor de 12 años 2. Soltero  
3. Casado 4. Unión Libre 5. Viudo  
6. Divorciado 7. Separado

Máximo grado escolar 1. Menor 2. Sin escolaridad 3. Kinder  
4. Primaria incomp. 5. Primaria completa  
6. Sec. Incomp. 7. Sec. completa  
8. Prepa. o medio sup. incomp. 9. Prepa. o medio sup. comp. 10. Educación superior incomp.  
11. Educación superior completa

Actividad principal 1. Menor 2. No estudia ni trabaja 3. Estudia  
4. Trabaja 5. Estudia y trabaja 6. Ama de casa

Lugar de Nacimiento de padre: \_\_\_\_\_ madre \_\_\_\_\_

Claves: 1. Nativo 2. Migrante de N.L. 3. Migrante urbano de otra área  
4. Migrante rural de otra área 5. Ausente

**III. TIPO DE FAMILIA** \_\_\_\_\_

Claves: 1. Nuclear 2. Extendida 3. Compuesta 4. Otros especifique

**IV. ETAPA DE DESARROLLO FAMILIAR** \_\_\_\_\_  
(reportar por cada familia según sea la etapa)

Claves: 1. Matrimonio 2. Expansión 3. Dispersión 4. Independencia  
5. Retiro o Muerte

**V. RELIGION**

En la familia se practican más de una religión \_\_\_\_\_  
1. Si 2. No

**VI. FUNCION AFECTIVA** (Busque la oportunidad de preguntar u observar la interacción con los miembros de la familia)

Diadas	Manifestación física/verbal	Confianza	Respeto	Apoyo	Maltrato físico/verbal
1. Esposo Esposa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Esposa Esposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Madre Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hijos Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Padre Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hijos Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hermanos Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Claves: 1. Aceptable 2. No aceptable 3. No aplica  
(No maltrato) (Si maltrato)

Resuma los datos relevantes que le llevan a concluir \_\_\_\_\_  
Puntaje \_\_\_\_\_

**VII. FUNCION REPRODUCTIVA - SEXUALIDAD**

Variables Miembros de la Familia	1. Educación sexual	2. Prob. de conducta sexual	3. Prob. de reproducción y sexualidad *sólo a parejas
1. Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Claves: 1. Sin alteración 2. Con alteración 3. No aplica

Puntaje \_\_\_\_\_

Resume los datos relevantes que le llevan a concluir

---



---



---



---

**VIII. FUNCION DE SOCIALIZACION**

Variables	
1. Reconocimiento o status	<input type="checkbox"/>
2. Cultura	<input type="checkbox"/>
3. Normas y valores	<input type="checkbox"/>
4. Relaciones extrafamiliares	<input type="checkbox"/>

Claves: 1. Aceptable 2. No aceptable

Puntaje \_\_\_\_\_

Resume los datos relevantes que le llevan a concluir

---



---



---

**IX. FUNCION DE ATENCION A LA SALUD**

Variables	
1. Satisfacción de necesidades básicas	<input type="checkbox"/>
2. Utilización de medidas preventivas	<input type="checkbox"/>
3. Atención de enfermo	<input type="checkbox"/>
4. Uso de institución de salud	<input type="checkbox"/>

Claves: 1. Aceptable 2. No aceptable

Puntaje \_\_\_\_\_

Resuma los datos relevantes que le llevan a concluir

---

---

---

---

**X. FUNCION DE ENFRENTAMIENTO Y RESOLUTIVIDAD**

Variables	
1. Enfrentamiento en situación crítica	<input type="checkbox"/>
2. Estrategias disfuncionales	<input type="checkbox"/>

Claves: 1. Aceptable 2. No aceptable

Puntaje \_\_\_\_\_

Resuma los datos relevantes que le llevan a concluir

---

---

---

---

Responsable \_\_\_\_\_

Clave de Enfermero \_\_\_\_\_

Friedman, M. (1992). Family Nursing, Theory and Practice, E.E.U.U.:  
Appleton Lange, pp. 399-408.

Adaptado por:

Lic. Blanca Alicia Galindo Cruz  
Lic. Andrea Leticia Rodríguez Villarreal

Noviembre 1994.



## INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LA GUIA DE VALORACION DE LA FUNCIONALIDAD EN LA FAMILIA

Enseguida se presentan algunas preguntas que permiten obtener información de las funciones familiares. De ninguna manera se limite exclusivamente a estas, introduzca la pregunta mas apropiada según se presenten las circunstancias.

### VI. FUNCION AFECTIVA

#### MANIFESTACIONES FISICAS/VERBALES

1. De que manera le demuestra a (su esposo, esposa, padre, madre, e hijos) que le quiere?
2. Con que frecuencia acaricia, abraza, besa a los miembros de la familia?
3. Los padres pueden describir las necesidades y preocupaciones de sus hijos y su pareja.

#### CONFIANZA

4. Permite a su (esposo esposa hijos) salir de paseo o visitar a familiares o amistades?
5. A quién le cuenta sus secretos?

#### RESPECTO

6. Como se dirige a su (esposo, esposa e hijos) para que cumplan con sus obligaciones de escuela, trabajo, o quehaceres del hogar?
7. Que hace cuando un miembro de la familia no cumple con sus obligaciones?
8. Los miembros de la familia respetan las pertenencias de los demás?
9. Permiten que en las reuniones de familia o amistades puedan opinar los hijos ,la esposa,el esposo?
10. Los miembros de la familia respetan las necesidades, intereses, ideas, de cada integrante de la familia?

#### APOYO

11. Cuando se presentan problemas y enfermedad, que hace?
12. Quién te ayuda en tus tareas, trabajo u otras actividades?

#### MALTRATO FISICO/VERBAL

13. Quién golpea a otro con o sin motivo?
14. Algún miembro de la familia utiliza la violencia física o verbal para imponer su autoridad?

## VII. FUNCION REPRODUCTIVA - SEXUALIDAD

### EDUCACION SEXUAL

1. Ha dado o recibido información sobre la sexualidad?
2. Platican sobre las inquietudes sexuales de sus hijos?

### PROBLEMAS DE CONDUCTA SEXUAL

3. Existen conductas sexuales en algún miembro de la familia que le preocupe? (o llame su atención)

### PROBLEMAS DE REPRODUCCION Y SEXUALIDAD

4. Han tenido problemas de reproducción (esterilidad)? (sólo en caso de no tener hijos)
5. Como pareja tienen algún problema relacionado con la sexualidad?

Nota: Asegurese de que le quede claro a usted el concepto de sexualidad antes de valorar esta función.

## VIII. FUNCION DE SOCIALIZACION

### RECONOCIMIENTO O STATUS

1. Cada uno de sus hijos están registrados?
2. ¿Cómo son considerados los hijos en la familia?
3. El ambiente familiar del hogar es adecuado para la necesidad de juego de los hijos según la etapa de desarrollo?

### CULTURA

4. Existen influencias culturales que afecten las practicas de crianza en su familia?

### NORMAS Y VALORES

5. En la familia existen normas para cumplir con la educación, trabajo u obligaciones?
6. Utiliza premios o castigos cuando se cumplen o no con las obligaciones establecidas?

7. ¿Se le ha enseñado a la familia a dar y recibir amor?

#### RELACIONES EXTRAFAMILIARES

8. Pertenecen los miembros de la familia a grupos, clubs, o equipos en su comunidad?

9. Los integrantes de la familia se reúnen con sus vecinos, compañeros de escuela o trabajo?

10. Existen barreras que impidan a los miembros de la familia a relacionarse con vecinos, amigos o familiares?

#### IX. FUNCION DE ATENCION A LA SALUD

##### SATISFACCION DE NECESIDADES BASICAS

1. La familia cuenta con los recursos adecuados para satisfacer las necesidades de atención a la salud? (alimentación, ropa, vivienda, servicios de salud)

##### UTILIZACION DE MEDIDAS PREVENTIVAS

2. Que medidas toma la familia para prevenir accidentes y enfermedades en sus hijos? (compruebe por observación)

3. ¿Qué valor tiene la salud para la familia?

4. ¿Qué actividades de prevención y de la salud realiza la familia?

5. La familia cuenta con ropa apropiada para las diferentes estaciones del año?

6. Sus hijos tienen el esquema de vacunación completa (según la edad)

7. ¿Cómo valora la familia su nivel de conocimientos de la salud?

8. Se hacen exámenes de detección de enfermedades con frecuencia? (D.O.C., Destrostix, Tensión Arterial)

9. ¿Qué problemas de salud son identificados por la familia actualmente?

##### ATENCION DE ENFERMO

10. Que acostumbra hacer cuando algún miembro de la familia se enferma?

11. Existen prácticas específicas relacionadas a la cultura de la familia para atender a los enfermos? (medicina popular)

12. Quién en la familia toma las decisiones para atender a los que

enferman?

#### USO DE INSTITUCION DE SALUD

13. Cuenta la familia con seguridad médica social?
14. Qué institucines de salud utiliza la familia para su atención?

#### X. FUNCION DE ENFRENTAMIENTO Y RESOLUTIBIDAD

##### ENFRENTAMIENTO

1. Cuales eventos o situaciones han causado tensión o estrés en la familia?
2. De las sitaciones o eventos que se les presenta a diario que hace para resolverlos?
3. Los problemas los solucionan en grupo familiar?
4. Usan el buen humor para afrontar los problemas?
5. La familia busca apoyo esporitual?
6. Quién de la familia es el que afronta y resuelve los problemas?

##### ESTRATEGIAS DISFUNCIONALES

7. Cuando existe algún problema entre los padres estos se descargan en los hijos (maltrato físico/verbal).
8. Existe un atoritarismo marcado en alguno de los miembros de la familia.
9. Utiliza a los hijos como escudo para evitar problemas con alguno de los padres?

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
 FACULTAD DE ENFERMERIA  
**INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DEL INDIVIDUO ADULTO MAYOR  
 DE 14 AÑOS <sup>(1)</sup>**

Unidad \_\_\_\_\_  
 (Use claves)  
 No. Exp. \_\_\_\_\_

Nombre del Enfermero(a) \_\_\_\_\_ Clave: \_\_\_\_\_

Fecha 1a. \_\_\_\_\_ Fecha 2a. \_\_\_\_\_ Fecha 3a. \_\_\_\_\_ Fecha 4a. \_\_\_\_\_  
 (Año/Mes/Día)

**I. DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 A/M/D 1. Mas. 2. Fem.

**II. PATRONES FUNCIONALES**

A continuación aparecen diversas preguntas para valorar cada uno de los patrones de salud, utilice las claves o marque una (X) según se pida en cada una de ellas y al final de cada patrón establezca el diagnóstico de enfermería usando para ello su criterio profesional.

**A. Patrón de Mantenimiento-Percepción de la Salud**

Uso de Medicamentos.

1. ¿Actualmente está en tratamiento farmacológico? (1) Si \_\_\_\_ (2) No \_\_\_\_
2. En caso de que la respuesta sea afirmativa indague si cumple con las indicaciones dadas: (1) Si \_\_\_\_ (2) No \_\_\_\_ (9) No aplica \_\_\_\_
3. ¿Reconoce los riesgos por no mantener la continuidad (o por sustitución) en el tratamiento prescrito? (1) Si \_\_\_\_ (2) No \_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa (3) especificar \_\_\_\_\_

Uso de Servicios de Salud (Preventivos - Control).

4. De los programas de salud a que es candidato el individuo a cuales está integrado?

PROGRAMA (Liste a los que es candidato)	SITUACION (Especifique por cada uno si esta integrado y en que institución)

Conclusión \_\_\_\_\_

**Autopercepción y Hábitos**

5) ¿En relación a su estado de salud cómo se describe usted?

(1) Sano \_\_\_\_ (2) Enfermo \_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_  
(otro-especificar)

6) Hábitos no saludables: Cigarro: (1) No \_\_\_\_ (2) Si \_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa (3) Cantidad \_\_\_\_\_  
(especifique)

Alcohol: (1) No \_\_\_\_ (2) Si, con cambios de conducta \_\_\_\_  
(3) Si, sin cambios de conducta \_\_\_\_

Drogas: (1) No \_\_\_\_ (2) Si \_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa  
(3) Cuáles \_\_\_\_\_ (4) Tiempo de Uso \_\_\_\_\_  
(especifique)

**Conclusión Diagnóstica (Del patrón: Mantenimiento-Percepción de la salud)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**B. Patrón de Actividad-Ejercicio**

**Capacidad de autocuidado:**

Utilice una (X) según corresponda a la situación.

0 = Independiente    1 = Parcialmente dependiente    2 = Dependiente/incapaz  
(personas/aparatos)

	0	1	2
1. Comer/beber			
2. Bañarse			
3. Vestirse/arreglarse			
4. Evacuar			
5. Movilidad en la cama			
6. Traslados			
7. Caminar			
8. Subir escaleras			
9. Ir de compras			
10. Cocinar			
11. Cuidado del hogar			

**Ejercicio:**

12. Lo practica (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_ Si la anterior respuesta es afirmativa especificar:

13. Frecuencia: (1) Diario \_\_\_ (2) Cada tercer día \_\_\_ (3) 1 vez/sem. \_\_\_ (9) No aplica \_\_\_

**Diversión:** (marque sólo la más frecuente)

14. (1) T.V./Radio \_\_\_ (2) Visita a familiares o amigos \_\_\_ (3) Parques \_\_\_ (4) Cine \_\_\_ (5) Circo \_\_\_

(6) Campo \_\_\_ (7) Centro \_\_\_ (8) Leer \_\_\_ (9) Otros \_\_\_

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Actividad - Ejercicio)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**C. Patrón Nutricional-Metabólico**

**Tipo de alimentos consumidos (el día anterior):**

Coloque el número (1) en el cuadro, cuando refiera que si consumió ese tipo de alimento.

Tipo de alimentos	Frutas	Verduras	Carnes/ Huevos	Lácteos	Leguminosas	Pan/Tortilla Cereales	Líquidos: Té, Agua, Refres.
1. Desayuno							
2. Comida							
3. Cena y/o Merienda							

Conclusión \_\_\_\_\_

**Apetito:**

4. Ha Tenido cambios recientes en su apetito? (1) No \_\_\_ (2) Disminuido \_\_\_

(3) Aumentado \_\_\_ (4) Otros \_\_\_\_\_  
(especifique)

5. Existe algún problema que le impida comer: (1) No \_\_\_ (2) Dentales \_\_\_ (3) Náuseas \_\_\_

(4) Vómito \_\_\_ (5) Estomatitis \_\_\_ (6) Malestar general \_\_\_ (7) Otros \_\_\_\_\_  
(especifique)

6. ¿Su apetito se vé afectado por el estado de ánimo?

(1) No \_\_\_ (2) Deja de comer \_\_\_ (3) Come en exceso \_\_\_

**Peso:**

7. Ha tenido cambios recientes en su peso? (1) No \_\_\_ (2) Cantidad (+/-) \_\_\_ Kg.

8. Actualmente está tratando de perder peso (1) No \_\_\_ (2) Está con régimen dietético \_\_\_  
 (3) Toma medicamento (prescrito) \_\_\_ (4) Toma medicamento (autoprescrito) \_\_\_ (5) Ejercicio \_\_\_

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Nutricional-Metabólico)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**D. Patrón de Eliminación**

1. ¿Actualmente presenta cambios en su hábito de eliminación intestinal?  
 (1) No \_\_\_ (2) Diarrea \_\_\_ (3) Estreñimiento \_\_\_ (4) Diarrea/extreñimiento \_\_\_  
 (5) Incontinencia \_\_\_ (6) Otros \_\_\_\_\_
2. ¿Actualmente presenta cambios en su hábito de eliminación urinaria?  
 (1) No \_\_\_ (2) Poliuria \_\_\_ (3) Nicturia \_\_\_ (4) Disuria \_\_\_ (5) Incontinencia \_\_\_  
 (6) Otros \_\_\_\_\_
3. ¿Requiere de ayuda para orinar o evacuar? (1) No \_\_\_ (2) Sondéo vesical \_\_\_  
 (3) Ostomía \_\_\_ (4) Enemas \_\_\_ (5) Medicamento prescrito \_\_\_\_\_  
 (especifique)  
 (6) Medicamento no prescrito \_\_\_\_\_ (7) Otros \_\_\_\_\_  
 (especifique)

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Eliminación)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**E. PATRON DE SUEÑO-DESCANSO**

Dificultades:

1. Problemas para dormir: (1) No \_\_\_ (2) Sí \_\_\_ (3) Cuáles \_\_\_\_\_
2. Utiliza algo que le induzca el sueño: (1) No \_\_\_ (2) Medicamento prescrito \_\_\_\_\_  
 (especifique)  
 (3) Medicamento no prescrito \_\_\_\_\_  
 (especifique)  
 (4) Remedios (especifique) \_\_\_\_\_

Hábito:

3. Acostumbra tomar siesta? (1) No \_\_\_ (2) Siesta por la mañana \_\_\_ (3) Siesta por la tarde \_\_\_





## G. Patrón de Adaptación-Tolerancia al Estrés

1. Ha sufrido alguna pérdida en el último año. (1) No \_\_\_ (2) Algún Familiar(es) \_\_\_  
(3) Trabajo \_\_\_ (4) Bienes materiales \_\_\_ (5) Parte de su cuerpo \_\_\_ (6) Amigo \_\_\_
2. Si la respuesta es afirmativa pregunte: ¿Cómo respondió a ella? (De lo que exprese la persona concluya) (1) Se adaptó \_\_\_ (2) No se adaptó \_\_\_ (3) Indiferente \_\_\_  
(4) No aplica \_\_\_
3. ¿Qué hace cuando se le presenta un problema?
  - 3.1) Trata de resolver sólo el problema (1) Si \_\_\_ (2) No \_\_\_
  - 3.2) Busca ayuda (1) Si \_\_\_ (2) No \_\_\_
  - 3.3) No hace nada por resolver su situación (1) Si \_\_\_ (2) No \_\_\_
  - 3.4) Se duerme (1) Si \_\_\_ (2) No \_\_\_
  - 3.5) Toma medicamentos (1) Si \_\_\_ (2) No \_\_\_
4. ¿Qué aspecto es el que más le preocupa en este momento?
  - (1) Ninguno \_\_\_ (2) Económico \_\_\_ (3) Educación (propia y/o de los hijos) \_\_\_ (4) Salud \_\_\_
  - (5) Desempleo \_\_\_ (6) Relaciones con su familia inmediata \_\_\_ (7) Relaciones con familiares (fuera de su hogar) \_\_\_

### Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Cognoscitivo-Perceptual)

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

## H. Patrón de Autopercepción

### Imagen corporal e identidad:

1. ¿Está conforme con su físico? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
2. ¿Ha pensado cambiar algo de su forma de ser? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_  
(3) Especifique \_\_\_\_\_
3. ¿Su enfermedad o situación ha cambiado la forma en que se ve a sí mismo?  
(1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_ (3) \_\_\_\_\_  
(especifique)

### Logros:

4. Se siente satisfecho con lo que usted ha logrado en la vida?  
(1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_

5. Considera Usted que cumple con sus obligaciones en su trabajo (o estudio)?

(1) Siempre \_\_\_ (2) Algunas veces \_\_\_ (3) Nunca \_\_\_

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Auto percepción)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**I. Patrón de Sexualidad-Reproducción**

Identidad sexual

1. Está Usted contento con ser hombre/mujer? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
2. Tiene dificultades para relacionarse con personas del sexo opuesto?  
(1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
3. Ha procreado hijos? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_ (3) Cuántos viven? \_\_\_\_\_
4. Está Usted satisfecho de la vida sexual que ha llevado con su pareja?:  
(1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Sexualidad-Reproducción)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**J. Patrón de Rol-Relación**

1. La principal responsabilidad que tengo con mi familia es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Cumple Usted con ese rol? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
3. Tiene algún impedimento o dificultad para desempeñar el rol que le corresponde? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_
4. Existe algún factor que afecte las buenas relaciones con su familia?  
(1) No \_\_\_ (2) Consumo de alcohol \_\_\_ (3) Uso de Drogas \_\_\_ (5) Mal caracter \_\_\_  
(6) Otros \_\_\_\_\_  
(especifique)

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Rol-Relación)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

**K. Patrón de Valores-Creencias**

1. Practica alguna religión? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_ En caso de que la respuesta sea afirmativa pregunte: 2. La religión que Usted practica es diferente a la de su familia?  
(1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_ (3) No aplica \_\_\_
3. Cree Usted que estar "llenita" significa estar "sano"? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
4. Qué es lo primero que hace cuando se siente enfermo?
  - 4.1) Acude al médico (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
  - 4.2) Auto-medica (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
  - 4.3) Uso de medicina tradicional (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_
5. Considera Usted que el hacer ejercicio/tener distracción/dormir suficiente, le ayuda a mantenerse sano? (1) No \_\_\_ (2) Si \_\_\_

**Conclusión Diagnóstica (Del Patrón: Valores-Creencias)**

Diagnóstico	Factor(es) Etiológicos

(1) Carpenito, L.J., (1991). Diagnóstico de Enfermería Aplicación a la práctica clínica. 3a. ed., pp. 67-70, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, Nueva Jersey.

**Adaptada por:**

Lic. Andrea Leticia Rodríguez Villarreal  
Lic. Blanca Alicia Galindo Cruz

\* Actualmente se esta utilizando este instrumento para su validación.

Noviembre 1994.

## ESCALA PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

Fecha de aplicación \_\_\_\_\_ No. de Cuestionario \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_  
 (1.M / 2.F) (en años de educación formal)

Estado Civil \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Clasificación \_\_\_\_\_  
 (INEGI)

### INSTRUCCIONES:

Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a si mismas. Pos favor lea cadda uno de ellos, circule el número que corresponda al grado que mejor describe a la persona sobre quién está informando. No hay respuestas correctas e incorrectas, pero asegurese de que selecciona el número que mejor le corresponda a su familiar.

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desa- cuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
1. Conforme cambia su vida, hace cambios para mantenerse sano.	1	2	3	4	5
2. Casi nunca checa si las medidas que toma para mantenerse sano(a) son las adecuadas.	1	2	3	4	5
3. Si no puede moverse con facilidad hace los cambios o ajustes necesarios.	1	2	3	4	5
4. Toma las medidas necesarias para mantener higiénico su medio ambiente.	1	2	3	4	5
5. Cuando es necesario hace cambios en su forma de vida para mantenerse sano.	1	2	3	4	5
6. No siempre tiene la energía suficiente para cuidarse como debiera.	1	2	3	4	5

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desa- cuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
7. Busca mejores formas de cuidarse a sí mismo.	1	2	3	4	5
8. Puede ajustar la frecuencia con que se baña a fin de mantenerse limpio(a).	1	2	3	4	5
9. Se alimenta de manera que mantiene su peso en buen nivel.	1	2	3	4	5
10. Cuando es necesario se las arregla para estar a solas.	1	2	3	4	5
11. Con frecuencia piensa en tomar tiempo para hacer ejercicio y descansar durante el día, pero nunca lo hace.	1	2	3	4	5
12. A través de los años ha hecho amigos a los que puede llamar cuando necesita ayuda.	1	2	3	4	5
13. Casi nunca duerme lo suficiente para sentirse descansado(a).	1	2	3	4	5
14. Cuando recibe información sobre su salud generalmente no pide que le expliquen las palabras que no entiende.	1	2	3	4	5
15. Casi nunca examina su cuerpo para ver si hay cambios.	1	2	3	4	5
16. Si debe tomar una nueva medicina busca información sobre los efectos no esperados.	1	2	3	4	5
17. En el pasado ha cambiado algunos de sus viejos hábitos para mejorar su salud.	1	2	3	4	5

	Total Desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desa- cuerdo ni de acuerdo	Acuerdo	Total Acuerdo
18. Habitualmente se asegura de que su familia y el (ella) estén a salvo.	1	2	3	4	5
19. Regularmente checa la utilidad de lo que hace para mantenerse sano.	1	2	3	4	5
20. En las actividades de la vida diaria raras veces se dá el tiempo para cuidarse el(ella) mismo(a).	1	2	3	4	5
21. Cuando su salud se ve en peligro es capaz de buscar la información que necesita.	1	2	3	4	5
22. Busca ayuda cuando no puede cuidarse solo(a).	1	2	3	4	5
23. Casi nunca tiene tiempo para él (ella).	1	2	3	4	5
24. Debido a que no puede movilizarse con facilidad, no siempre puede cuidarse como le gustaría.	1	2	3	4	5

OBSERVACIONES:

---



---



---

**INSTRUMENTO PARA LA VALORACION DEL FUNCIONAMIENTO DE  
SALUD  
DEL MENOR DE 15 AÑOS**

No. de Cuestionario \_\_\_\_\_  
(Año/Mes/Día)

Fecha \_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION**

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_  
(en años cumplidos)

Sexo \_\_\_\_\_  
( 1. Mas. 2. Fem.)

**II. CONDUCTAS DE SALUD**

1. Actualmente presenta alguna molestia (dolor o enfermedad)

( 1 ) No \_\_\_\_ ( 2 ) Si \_\_\_\_

2. Que tipo de atención ha recibido hasta el momento para solucionar su molestia (dolor o enfermedad)

1) Consulta médica \_\_\_\_\_

2) Uso de remedios caseros \_\_\_\_\_

3) Uso de tratamiento prescrito \_\_\_\_\_

4) Uso de tratamiento no prescrito \_\_\_\_\_



### III. VALORACION DE LA NUTRICION DEL NIÑO

1. Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Resultado (IMC) \_\_\_\_\_

#### 2. Tipo de alimentación

1) papillas \_\_\_\_\_ 2) normal \_\_\_\_\_ 3) seno materno \_\_\_\_\_

#### 3. Tipo de alimentos consumidos (el día anterior)

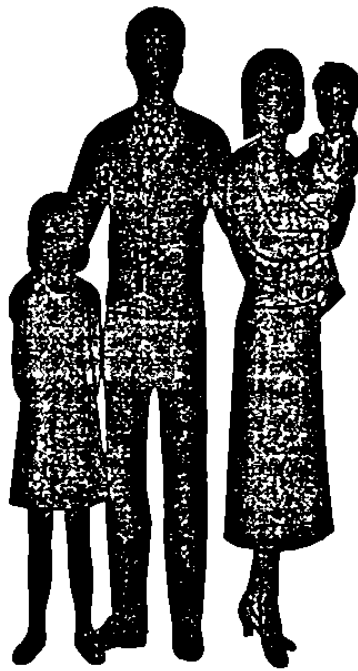
Tipo de alimentos	Frutas	Verduras	Carnes/ Huevos	Lacteos	Leguminosas	Pan/Tortilla Cereales	Liquidos: Té, Agua, Refresco
1. Desayuno							
2. Comida							
3. Cena y/o merienda							

### IV. ESQUEMA DE VACUNACION (escribir última dosis y fecha)

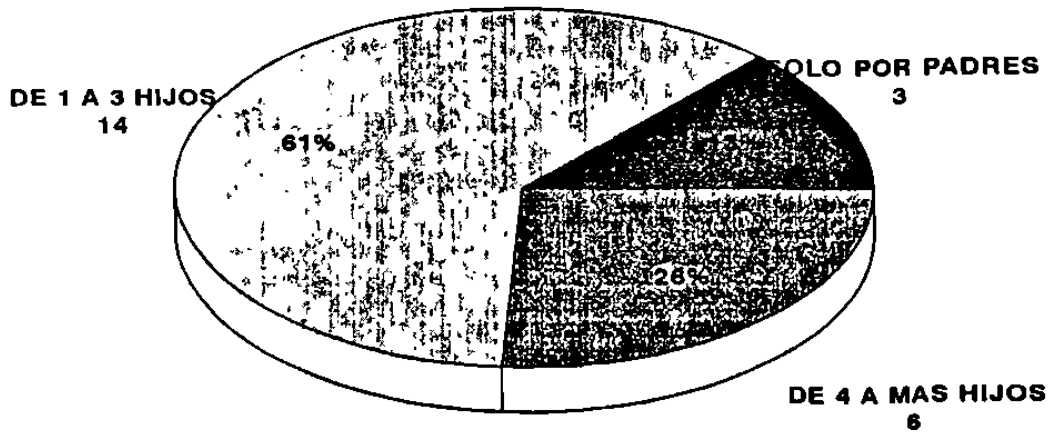
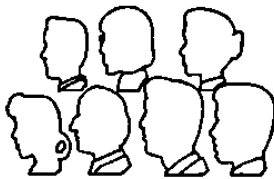
1) B.C.G. \_\_\_\_\_ 2) Polio \_\_\_\_\_ 3) D.P.T. \_\_\_\_\_

4) Sarampión \_\_\_\_\_ 5) Toxoide \_\_\_\_\_

# FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL ESTADO DE SALUD DE SUS MIEMBROS



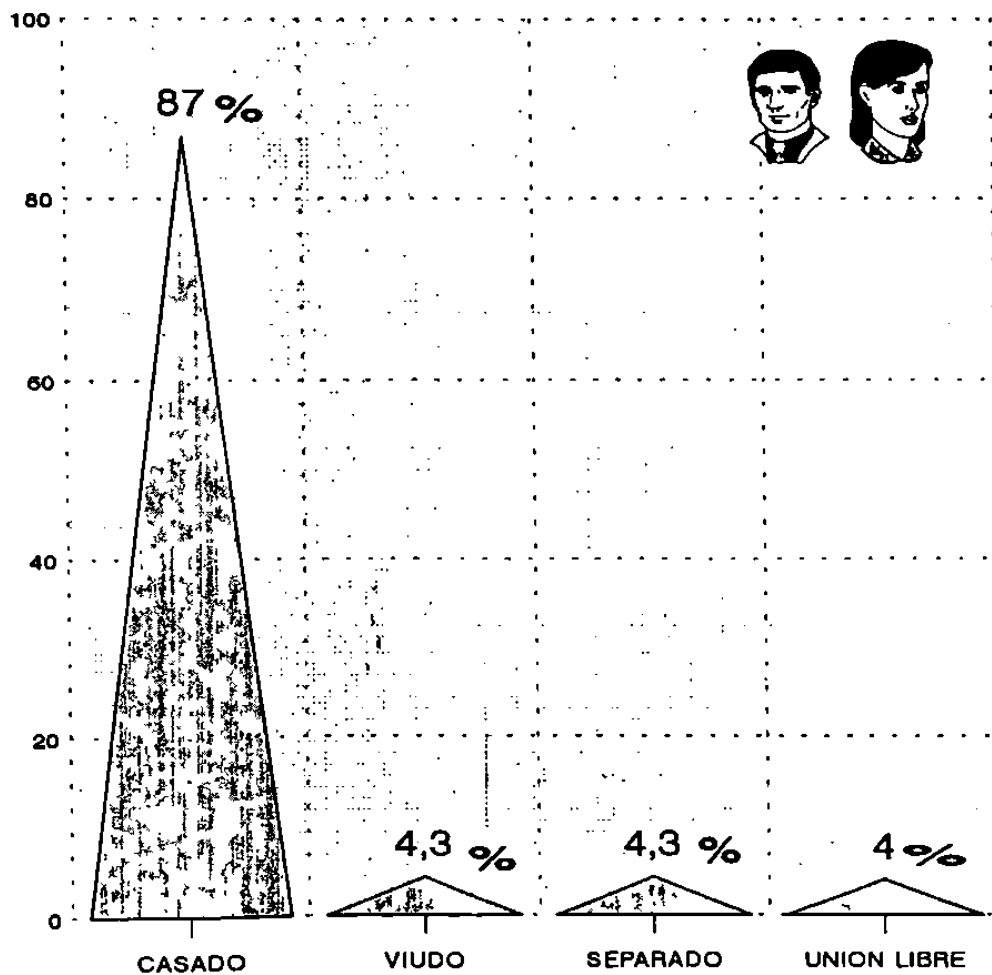
# HIJOS POR FAMILIA



N= 23

Guía de Valoración de la Funcionalidad  
de las Familias (G.V.F.F.)

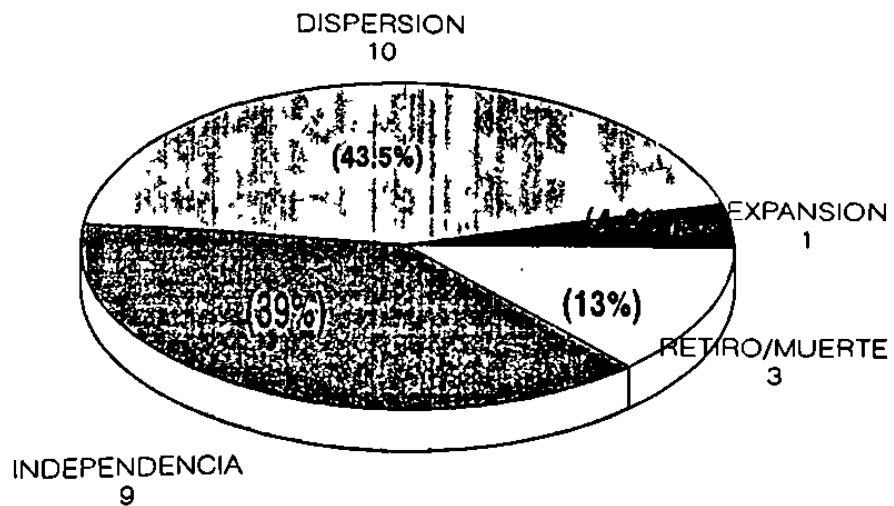
## ESTADO CIVIL DE LAS PAREJAS



N= 23

Fuente: G.V.F.F.

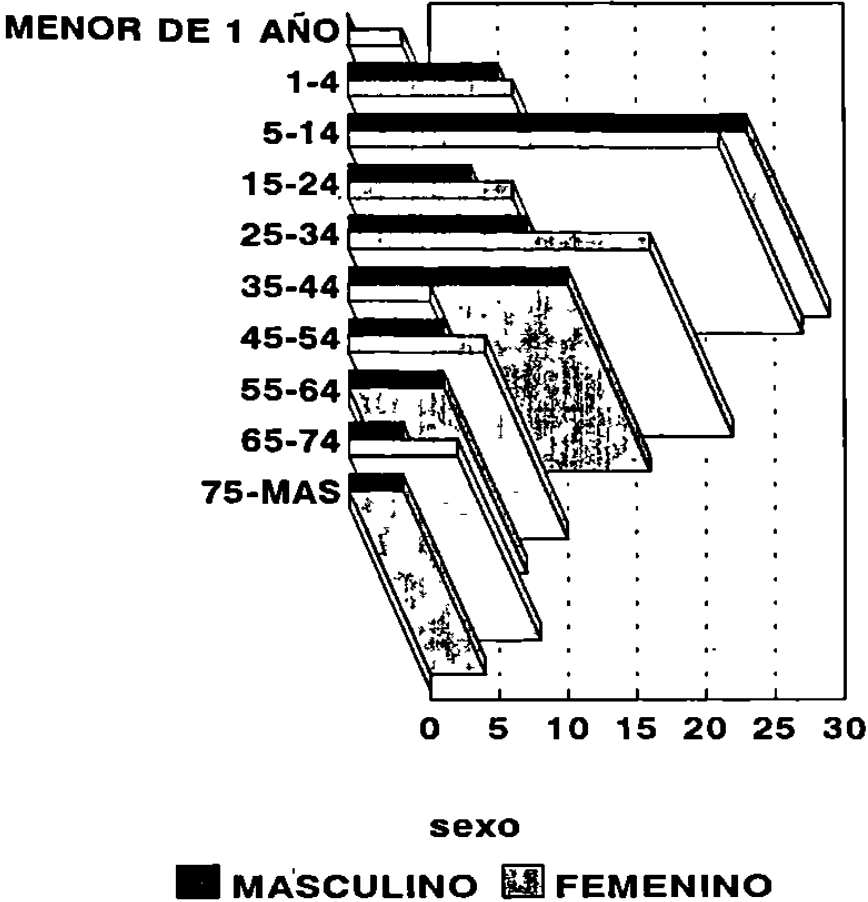
## ETAPAS DE DESARROLLO FAMILIAR



N= 23

G.V.F.F.

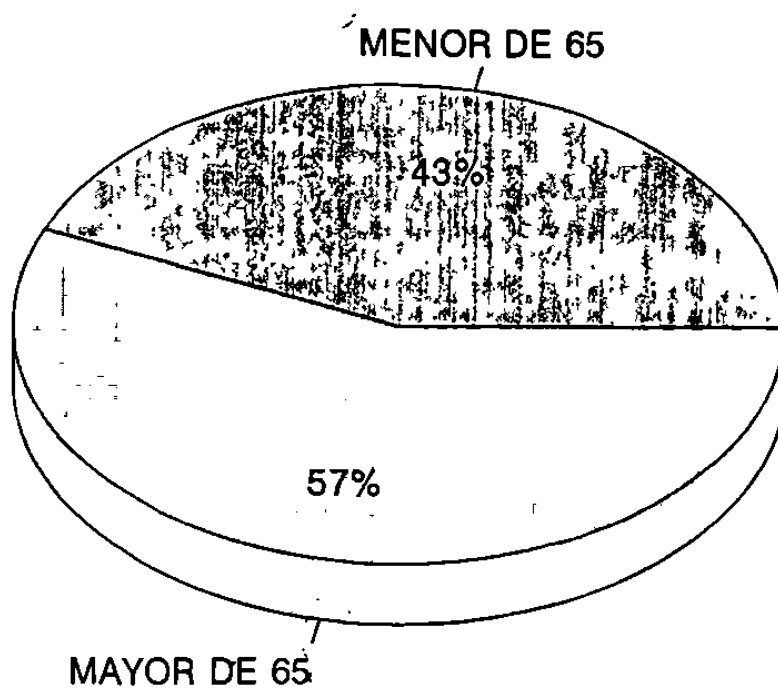
# POBLACION POR EDAD Y SEXO



N= 96  
Fuente: G.V.F.F.

## FRECUENCIAS DE MEDIAS DEL INDICE DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

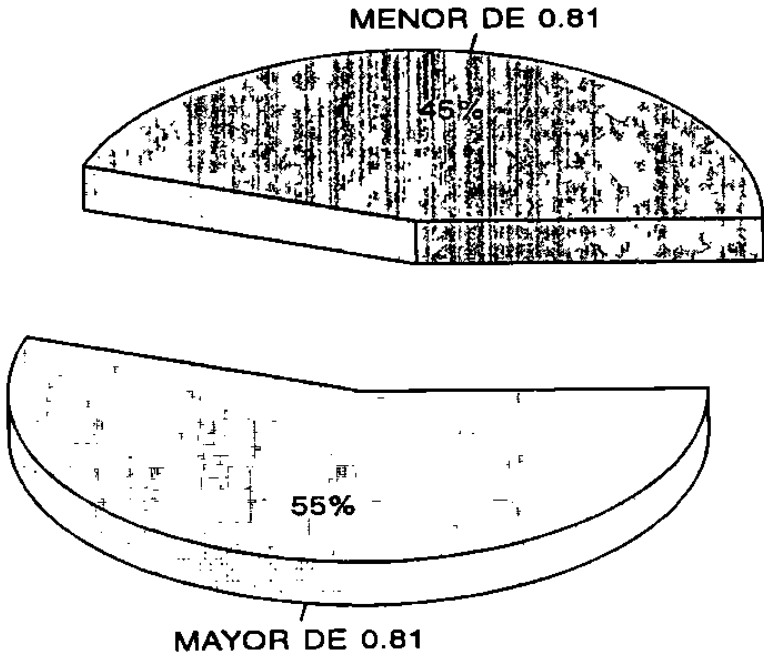
---



VALOR MEDIO 65  
N= 23  
Fuente: V.F.F.

FRECUENCIAS DE LAS MEDIAS DEL INDICE DE FUNCIONAMIENTO DE SALUD DE LOS MAYORES DE 15 AÑOS

---

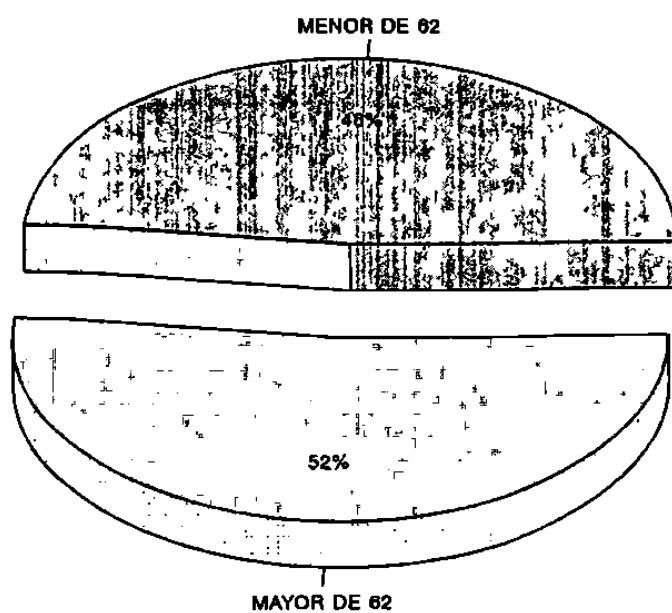


VALOR MEDIO 0.811  
N= 56  
Fuente: V.I.A.



## FRECUENCIA DE LAS MEDIAS DEL INDICE DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO

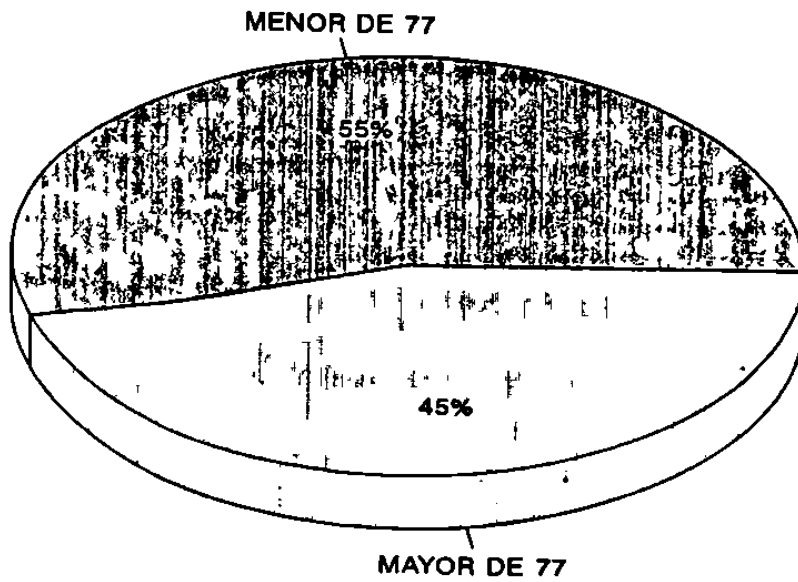
---



VALOR MEDIO 62.72  
N= 56  
Fuente: E.E.C.A.

**FRECUENCIA DE MEDIAS DEL INDICE DE FUNCIONAMIENTO  
DE SALUD DE LOS MENORES DE 15 AÑOS .**

---



VALOR MEDIO 77.4  
N= 40  
Fuente: V.E.S.M.

