

**LA POBREZA UN FACTOR DE RIESGO QUE AFECTA DIRECTAMENTE LA
SALUD DE LAS FAMILIAS
ESTUDIO DE CASO**

**POVERTY A RISK FACTOR THAT DIRECTLY AFFECTS THE HEALTH OF
FAMILIES
CASE STUDY**

**POBREZA, FATOR DE RISCO QUE AFETA DIRETAMENTE A SAÚDE DAS
FAMÍLIAS
ESTUDO DE CASO**

Abdul Salazar

Caja Del Seguro Social
Panamá

<https://orcid.org/0000-0002-4619-2007>
abdul.salazar@up.ac.pa.

Legna Meza

Universidad de Panamá
Estudiante de Enfermería
Facultad de Enfermería, Panamá.

legmeza1961@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-8058-2527>

Alanís Garrido

Universidad de Panamá
Estudiante de Enfermería
Facultad de Enfermería, Panamá

alanisgarrido12@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-4912-8982>

Fecha de Recepción: 29 de marzo 2024

Fecha de Aceptación: 30 de mayo 2024

DOI <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v35n31.a5255>

Resumen

Los profesionales de la Enfermería al brindar atención dentro de los nosocomios, o en alguna de las instalaciones de salud de la red de servicios, deben tener una percepción holística de

las realidades de los usuarios y pacientes. Una forma de conocerla es a través de la atención domiciliar. Esta actividad, propia de la o el enfermero, da una perspectiva real en la que esta sumergida la persona y su familia. El objetivo de este estudio de caso es analizar los factores de riesgos que pueden afectar la salud. *Se trata de un estudio de una familia que vive en la comunidad de Kuna Nega y que se atiende en la instalación de salud de la localidad.* En esta comunidad se ve con claridad las desigualdades y el nivel de pobreza, abandono y condiciones infrahumanas en que viven panameñas y panameños que por derecho deben ser atendidos. *La familia que se presenta está compuesta por una mujer adulta de 25 años y sus 4 hijos en estado de desnutrición; viviendo en pobreza extrema. La recolección de datos se realizó a través de un instrumento de visita domiciliaria, que fue aplicado a través de la técnica de la entrevista.* La intervención de Enfermería se realizó aplicando el Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender y la teoría del Estrés Familiar de Hill. El abordaje fue difícil, ya que el problema raíz es la pobreza y su bajo nivel educativo. Se logró dentro de los recursos disponibles, brindar un cuidado integral enfatizando en algunos factores de riesgos, como la insalubridad interna y externa de la vivienda, el control de salud de la madre y los niños, la referencia y seguimiento por parte de los profesionales de la entidad de salud.

Palabras Claves: Promoción de la Salud, Visita domiciliaria, problemas sociales, Nola Pender, Hill.

Abstract

Nursing professionals must have a holistic perception of the realities of users and patients when providing care in hospitals or any health facilities of the service network. One way to gain this understanding is through home care. This typical activity of nurses provides a clear perspective about where the person and their family are immersed. This case study aims to analyze the risk factors affecting health. It is a study of a family living in the Kuna Nega community and receiving care at the local health facility. In this community, we observe inequalities, the level of poverty, abandonment, and subhuman conditions in which Panamanian men and women, who deserve proper care, live. The family referred to in this study consists of a 25-year-old woman and her four children suffering malnutrition and living in extreme poverty. The data collection was conducted using a home visit instrument applied through the interview technique. The nursing intervention was done by applying Nola Pender's Health Promotion Model and Hill's Family Stress Theory. The approach was challenging since the root problem is poverty and the family's low educational level. Within the available resources, comprehensive care was provided, focusing on some risk factors, such as internal and external unsanitary conditions of the house, health control of the mother and children, and referral and follow-up by the professionals at the health facility.

Keywords: Health promotion, home visit, social problems, Nola Pender, Hill.

Resumo

Os profissionais de enfermagem, ao prestarem assistência dentro de hospitais, ou em qualquer uma das unidades de saúde da rede de serviços, devem ter uma percepção holística da realidade dos usuários e pacientes. Uma forma de conseguir isso é por meio do home care. Essa atividade, típica do enfermeiro, dá uma perspectiva real na qual a pessoa e sua família estão imersas. O objetivo deste estudo de caso é analisar os fatores de risco que podem afetar

a saúde. Trata-se de um estudo de uma família residente na comunidade de Kuna Nega que é tratada na unidade de saúde local. A família que apresenta é composta por uma mulher adulta de 25 anos e seus 4 filhos em estado de desnutrição, vivendo em extrema pobreza. A coleta de dados foi realizada por meio de um instrumento de visita domiciliar, aplicado por meio da técnica de entrevista. A intervenção de Enfermagem foi realizada aplicando-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a Teoria do Estresse Familiar de Hill. A abordagem foi difícil, uma vez que o problema de fundo é a pobreza e seu baixo nível educacional. Dentro dos recursos disponíveis, foi possível prestar assistência integral, enfatizando alguns fatores de risco, como a insalubridade interna e externa do domicílio, o controle de saúde da mãe e dos filhos, o encaminhamento e acompanhamento pelos profissionais do órgão de saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Visita Domiciliar, Problemas Sociais, Nola Pender, Hill.

Introducción

La disparidad en las condiciones y la calidad de vida de las personas determina cómo enferman, sufren, viven y mueren. En otras palabras, aquellos con menos recursos económicos, como los pobres, los desfavorecidos o los marginados, son los que sufren más y tienen una esperanza de vida más corta. Ser pobre implica, no sólo carecer de necesidades básicas como alimentación, acceso a bienes y servicios, tener empleos precarios, sino también sufrir más enfermedades. (Pernalet, 2015).

La pobreza se define como la falta de ingresos económicos, lo que conlleva a la incapacidad de acceder a necesidades básicas como salud, agua potable, vivienda y educación. Estos aspectos son fundamentales para una vida plena y saludable, pero son más evidentes en las personas de bajos recursos. (Gutiérrez, 2023). Según Rojas et al, la pobreza se caracteriza por la privación o la falta de acceso a los medios a través de los cuales las personas pueden materializar plenamente su potencial humano. Por eso, la falta de acceso a la atención de salud, a la información o a un entorno que les permita llevar una vida sana, forma parte de la definición de pobreza. (Rojas et al, 2022).

Más allá de la dimensión económica, la pobreza afecta a otros derechos fundamentales. La dignidad y autoestima de una persona también se ven afectadas ya que la pobreza impide el ejercicio de las libertades individuales; es una amenaza para la seguridad de la propia existencia (ausencia de ingresos y de acceso a una vivienda, a la atención sanitaria y a la

justicia) y socava el desarrollo personal general (intelectual, cultural, familiar y social). (Roja, et al. 2022).

La pobreza es un fenómeno social, económico y psicológico de magnitud compleja y multidimensional. Habitualmente se ha visto a la pobreza como la carencia de recursos para mantener un nivel de vida socialmente aceptable, medido mediante el ingreso económico de la familia. El objetivo de este estudio es una familia que se encuentra en pobreza extrema, por ende, no cuenta con los recursos suficientes para sufragar los gastos básicos, por tanto, es una situación que va más allá de la carencia de alimentos, agua potable, electricidad y servicios médicos.

Este estudio de caso fue realizado en la comunidad de Kuna Nega, corregimiento Ancón, a una familia, conformada por 5 miembros: una mujer adulta de 25 años y sus 4 hijos. Se obtuvo la información a través de instrumentos como el familiograma, APGAR familiar, ecomapa, entre otros, los cual nos dio importante información, de los antecedentes y relaciones familiares. Con la información recabada, se planificó e implementó acciones con un sustento científico que ayudó a evaluar los resultados obtenidos.

TEORÍA UTILIZADA EN EL ESTUDIO DE CASO

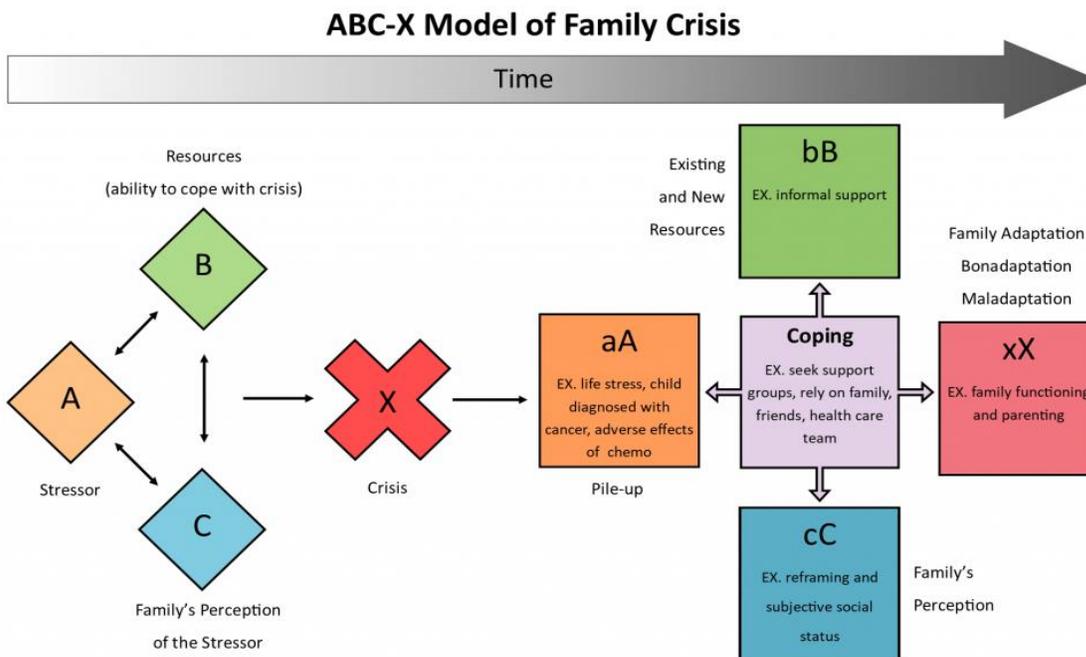
Para la realización de este estudio se seleccionó la teoría del Estrés Familiar de Reuben Lorenzo Hill y el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Teoría del estrés familiar de Reuben Lorenzo Hill.

La primera aproximación teórica al estrés familiar aparece en el trabajo de Reuben Hill (1986), considerado uno de los padres de la teoría del desarrollo familiar. Hill propuso a finales de la década de 1940 el modelo ABC-X, que describe la sucesión de eventos en respuesta a una crisis familiar. Definió el estrés familiar como un estado que surge por un desequilibrio entre la percepción de las demandas y las capacidades para hacerles frente. Según él, el impacto de un estresor y su posterior crisis o adaptación es el resultado de varios factores en interacción. (Benítez & Ruiz, 2012).

Figura 1.

Adaptación del modelo ABC-X de McCubbin, H. I., & Patterson, J. M.



Fuente: McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983).

La figura presentada es una adaptación del modelo ABC-X de McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). El proceso de estrés familiar: El Modelo Doble ABCX de ajuste y adaptación familiar. En H. I. McCubbin, M. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.). El estrés social y la familia: avances y desarrollos en la teoría e investigación del estrés familiar (pp. 7—37). Haworth.

Hill creó el modelo ABCX, donde el factor "A" representa el evento estresor, que interactúa con "B" (recursos disponibles) y con "C" (la definición que la familia hace del evento), produciendo "X" (la crisis). Hill destaca que la crisis familiar implica alteración y desequilibrio en el sistema familiar, y subraya que no es lo mismo la crisis que el estrés. Algunas familias pueden tolerar mejor el estrés que otras, y el estrés por sí mismo no tiene una connotación negativa. Solo cuando aparecen síntomas de alteración del equilibrio

familiar, y la familia se torna disfuncional, se puede hablar entonces de una crisis. (Lang, Diana, 2024).

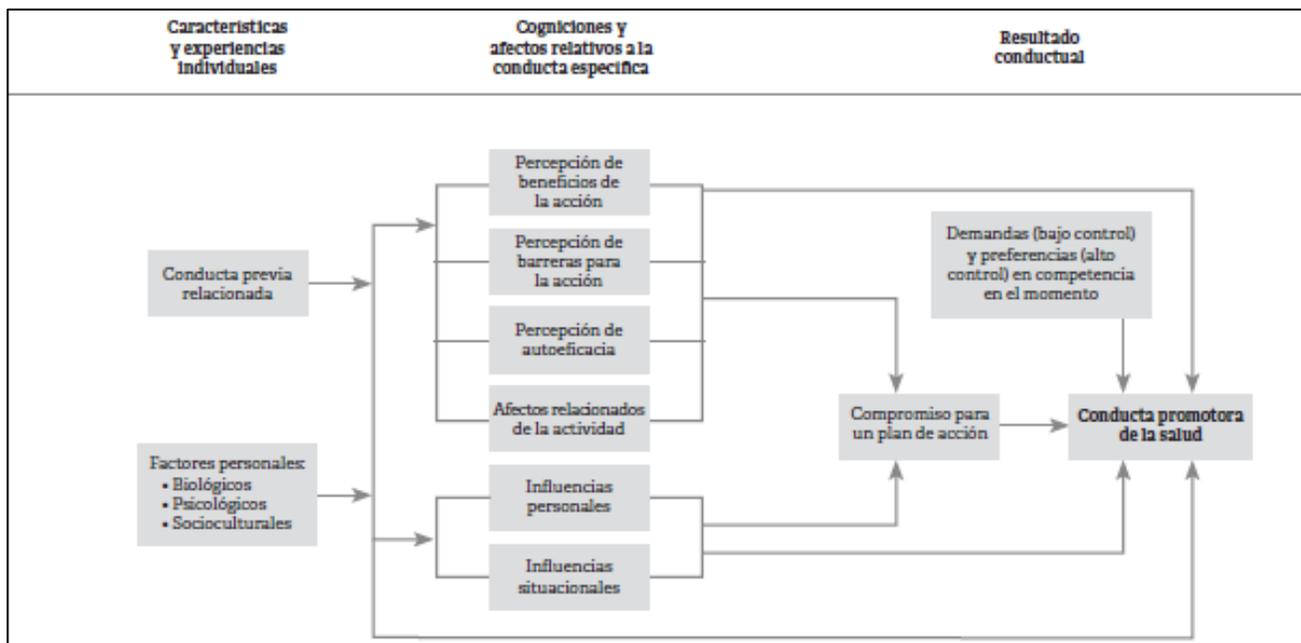
Modelo de promoción de salud de Nola Pender, 1975.

Nola Pender, enfermera y autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), afirmó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Su interés radicaba en desarrollar un modelo enfermero que ofreciera respuestas sobre cómo las personas toman decisiones respecto al cuidado de su salud. (Aristizábal Hoyos, et .al. 2011).

El MPS se basa en la premisa de que las personas están motivadas por el deseo de alcanzar el bienestar y la autorrealización. El modelo identifica factores individuales, interpersonales y ambientales que influyen en las decisiones de salud.

Figura 2:

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender.



Fuente: De Arco, Puenayan, Vaca. Modelo de Promoción de la salud en el lugar de trabajo. 2019

Metodología

El tipo de investigación fue un estudio de caso, el cual es una herramienta valiosa porque permitió registrar y describir la conducta de las personas involucradas en el fenómeno

estudiado. La obtención de los datos se obtuvo de fuentes como: registros de archivos, entrevista y observación directa. Se trata de un estudio de caso de una familia compuesta de 5 miembros; una mujer de 25 años y sus 4 hijos, 2 niñas (9 y 4 años) y 2 niños (11 y 6 años), que fueron seleccionados en el subcentro de salud de Kuna Nega.

Los criterios de selección de la familia de estudio fueron los siguientes:

- Estar incorporada en algunos de los programas del subcentro de salud de Kuna Nega
- Vivir en el área
- Ser referida por el equipo de salud de la instalación.

Para este estudio se utilizó un cuestionario, con 5 secciones, que contenían preguntas tanto abiertas como cerradas que investigaban acerca de la estructura familiar, aspectos socioeconómicos y culturales, entre otros, y que guiaron la entrevista. Con la información recabada, se determinaron los factores de riesgos que afectan esta familia y así se obtuvo diagnósticos de enfermería basados en el clasificador NANDA. Una vez listados los diagnósticos, se seleccionaron los 3 de mayor relevancia, tomando en consideración la prioridad, viabilidad y factibilidad. Luego se planificaron las intervenciones en la familia con el fin de crear estrategias con el propósito de mejorar la calidad de vida de esta familia.

Este estudio tuvo una duración de dos meses, donde se realizaron 6 visitas a la familia, una vez por semana, con una duración aproximada de 45 minutos por visita. Se evaluaron los datos obtenidos de la entrevista y la observación de la familia. La información recabada permitió identificar las necesidades de esta.

Resultados

Tabla 1

Estructura Familiar según variables sociodemográficas de la familia

Nombre	Sexo	Edad	E. Civil	Ocupación	S. Social	Religión	N. Educativo
1. Y.D (Madre)	F	25	Soltera	Ama de casa	No	Niega	Primaria (4°)
2. J.G (Hijo)	M	11	-	Estudiante	No	Niega	Primaria (4°)
3. A.G (Hija)	F	9	-	Estudiante	No	Niega	Primaria (1°)

4. G.D (Hijo)	M	6	-	Estudiante	No	Niega	Kinder
5. H.D (Hija)	F	4	-	-	No	Niega	No estudia

Estructura Familiar según variables sociodemográficas. En la tabla 1, que es nuestro caso índice. La madre de iniciales (Y.D.) es soltera, ama de casa que cursó hasta 4to grado de primaria, tiene 4 hijos, 2 varones de 11 y 6 años y 2 hijas de 9 y 4 años. Tres de sus hijos se encuentran cursando educación primaria.

La madre es quien se encarga del sustento familiar. Ésta sólo cuenta con el bono solidario de 120.00 dólares mensuales y la venta de objetos procedentes del vertedero de basura conocido como cerro patacón cuya ganancia son aproximadamente 4 balboas diarios. Los niños no cuentan con beneficios del gobierno como beca universal, ya que han reprobado el año escolar en varias ocasiones. Debido a que esta familia está integrada mayoritariamente por niños en etapa preescolar y escolar, tienen riesgo de contraer enfermedades por la contaminación ambiental que se presentan en su entorno.

Historia Familiar

En el 2011, la jefa de familia, a la edad de 14 años, inicia relación de pareja con un joven de 19 años, Se embaraza a la edad de 15 años. Se retira del sistema educativo y levantan una vivienda en el sector de Kuna Nega.

Por la precariedad económica, la casa fue construida con materiales reciclados como madera, cartón y zinc con dimensiones de 9 metros cuadrados. En el año 2012, da a luz a su primer hijo y en el 2013, la segunda hija. Por problemas de disfuncionalidad de la pareja, se separan y la joven adolescente toma el rol de la jefa del hogar, sin apoyo familiar ni ingresos económicos. Se sostiene con el emprendimiento de venta de mangos afuera de la escuela de la comunidad. Posteriormente inicia una nueva relación. Esta pareja fallece producto de una herida por proyectil de arma de fuego dentro de la comunidad de Kuna Nega, por razones desconocidas.

En el año 2016, la joven (Y.D.) inicia una tercera relación. Su nueva pareja era comerciante, que pasa a vivir en la vivienda que posee la familia en Kuna Nega. Queda embarazada

nuevamente y dando a luz a su tercer hijo en el enero del año 2017 y ocho meses después del nacimiento de su hijo, el padre abandona a la familia y pasa nuevamente a tomar el rol de la jefa del hogar a cargo de 3 niños. En el año 2018, la persona índice da a luz a su última hija, cuyo padre es un taxista de 25 años. La persona índice refiere lo siguiente “Él es un abusador, siempre que podía me pegaba, yo tenía miedo de que él me matara, porque siempre me amenazaba de muerte y yo tuve que poner una denuncia y sacar una orden de alejamiento”. Actualmente, el padre de la última hija no vive con ella y tampoco tiene ningún tipo de comunicación con esta persona, por ende, este no aporta económicamente en los gastos del hogar.

Por otro lado, desde el 2021, la madre recibe el beneficio del Bono Solidario, con un ingreso de 120.00 dólares mensuales, no obstante, este beneficio sólo puede ser canjeado en supermercados. Para aumentar sus ingresos, la señora opta por vender algunos productos que compra en los supermercados.

Debido a los escasos recursos económicos, la madre se ve obligada a buscar víveres en el vertedero de Cerro Patacón. Allí obtiene productos en estado de descomposición y caducados, como lo son: bolsitas de café instantáneo, pastas de tomate en lata y huevos.

Los niños tienen un mal rendimiento académico y algunos de ellos no van en el grado escolar que corresponde según su edad. Todos estos factores aumentan el riesgo de deserción escolar, ya que, la escuela tiene un precio de matrícula y la madre no puede sufragar estos gastos.

La madre al ser jefa del hogar tiene reglas establecidas, tales como tareas del mantenimiento de la vivienda, otorgándole a cada uno responsabilidades como limpieza de la vivienda y enseres de uso diario (utensilios de cocina, ropa, etc.).

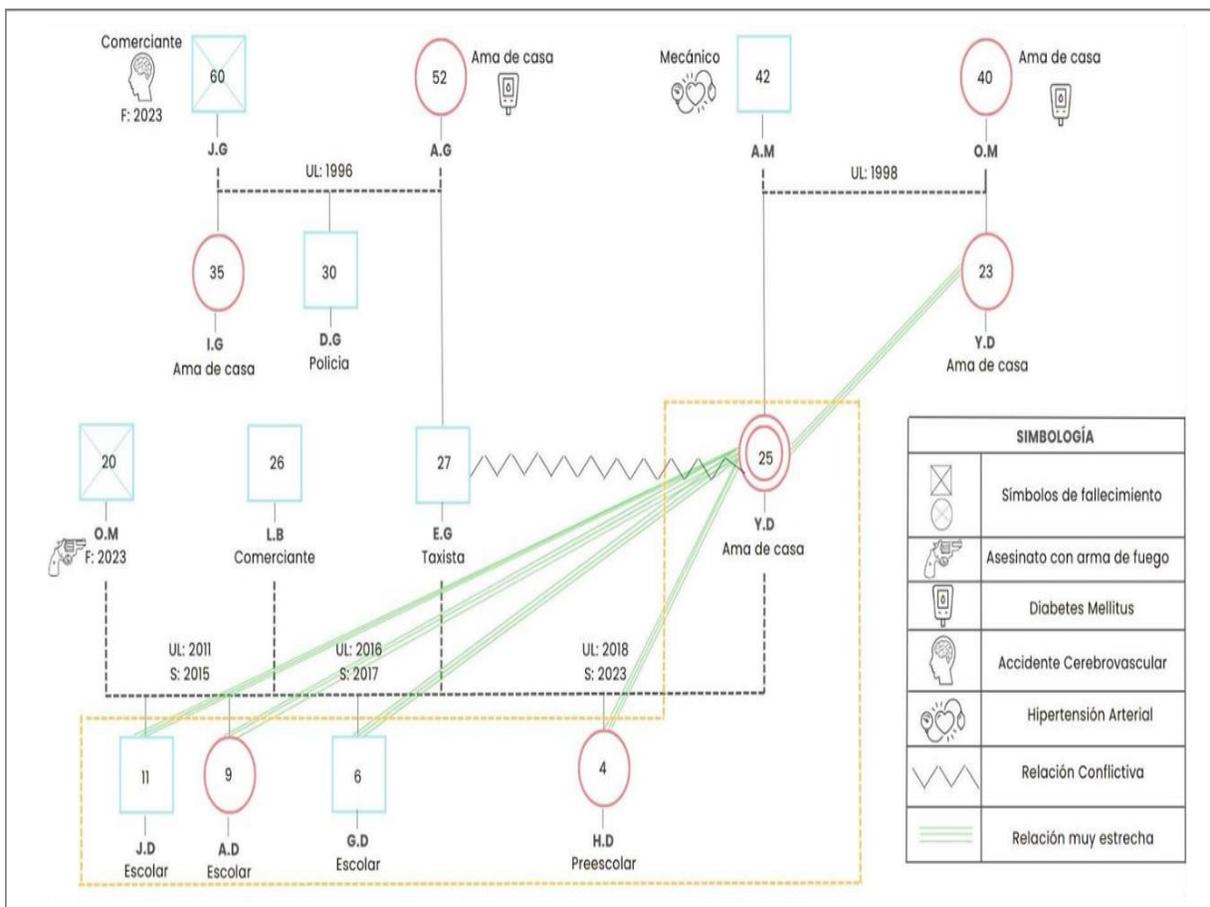
En lo que respecta los valores practicados en el núcleo familiar, pudimos observar la unión de los miembros de la familia, el amor, la gratitud y el respeto entre los integrantes.

En consecuencia, la pobreza les enseña a los niños a sobrevivir con los pocos recursos disponibles y le dificulta todos los aspectos de su desarrollo, ya sea físico, mental, emocional, cultural, social, familiar o espiritual. El impacto de la pobreza es tan grande que se podría considerar, sin duda alguna, como la principal causa de la violación de los derechos infantiles. Por otra parte, la contaminación ambiental (por la ubicación de la vivienda, muy cerca del

Vertedero de basura de Cerro Patacón); la falta de conocimientos en higiene corporal y ambiental aumenta el riesgo de que la familia contraiga enfermedades infecciosas. Basándonos en la situación encontrada, se realizaron múltiples intervenciones principalmente de la promoción de salud y en la prevención de enfermedades. Estas intervenciones se llevaron a cabo en las diferentes visitas domiciliarias realizadas.

Figura 3:

FAMILIOGRAMA DE LA FAMILIA D.M.



APLICACIÓN DE LA TEORÍAS:

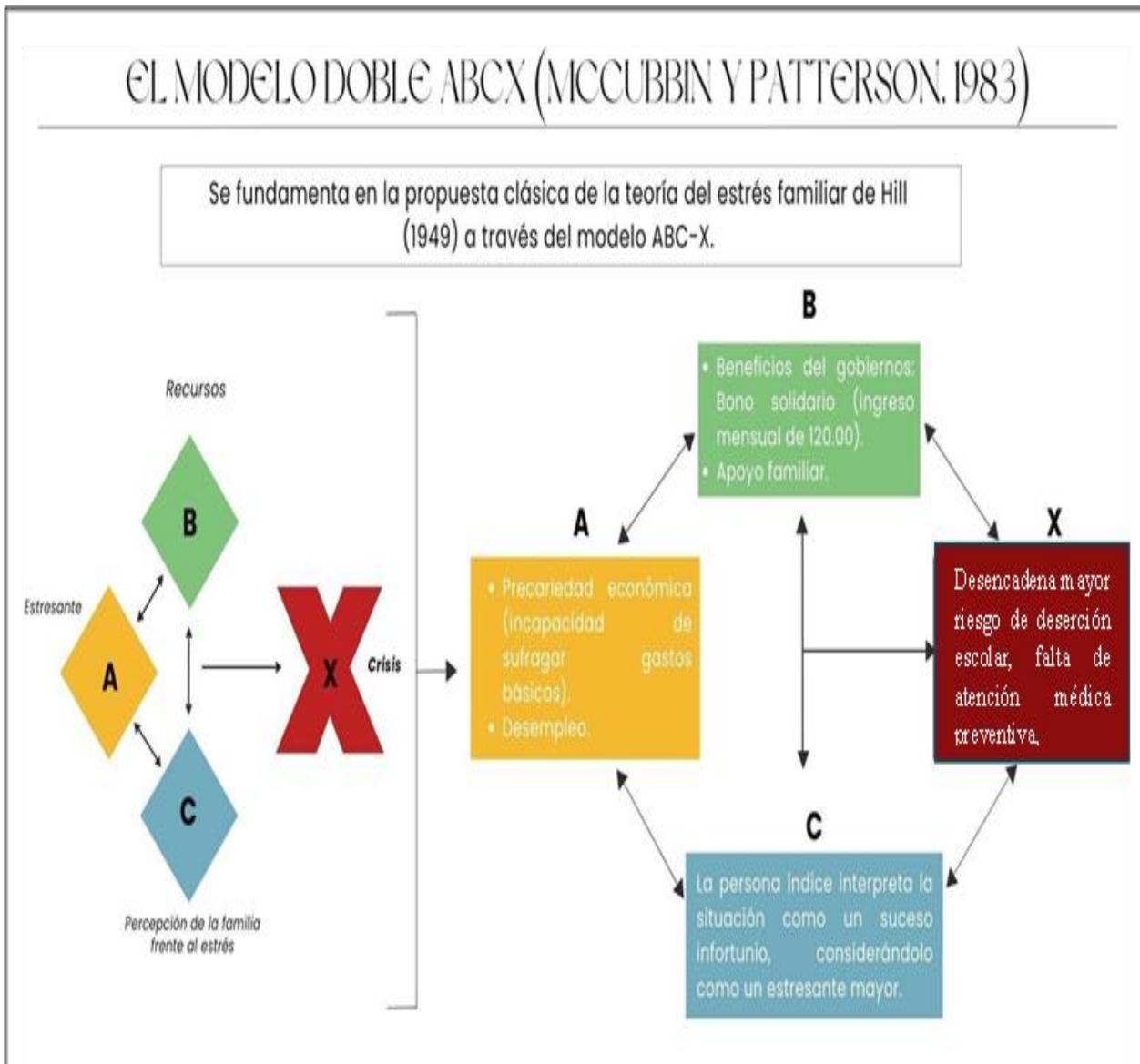
Modelo doble abcx de Mccubbin y Patterson, 1983

Una vez analizada la información, se operacionaliza las intervenciones de Enfermería, utilizando dos teorías. La teoría de Reuben Hill, retomada por Mccubbin y Parterson en al año 1983, la cual

dio las herramientas para comprender y explicar la situación de estrés familiar en que se encontraba la familia.

Figura 4:

Modelo Doble ABCX aplicado a la familia D.M. de Kuna Nega.



Para la intervención se utilizó la teoría de la Dra. Nola Pender, puesto que las acciones a realizar eran factibles y viables y sus efectos pudiesen tener impactos positivos en esta

familia. Seguidamente, se presenta de manera esquemática la operacionalización de la teoría en acciones realizadas con la familia de estudio.

Figura 5:

Modelo De Promoción De Salud De Nola Pender Aplicado A La Familia D.M., Kun A Nega.

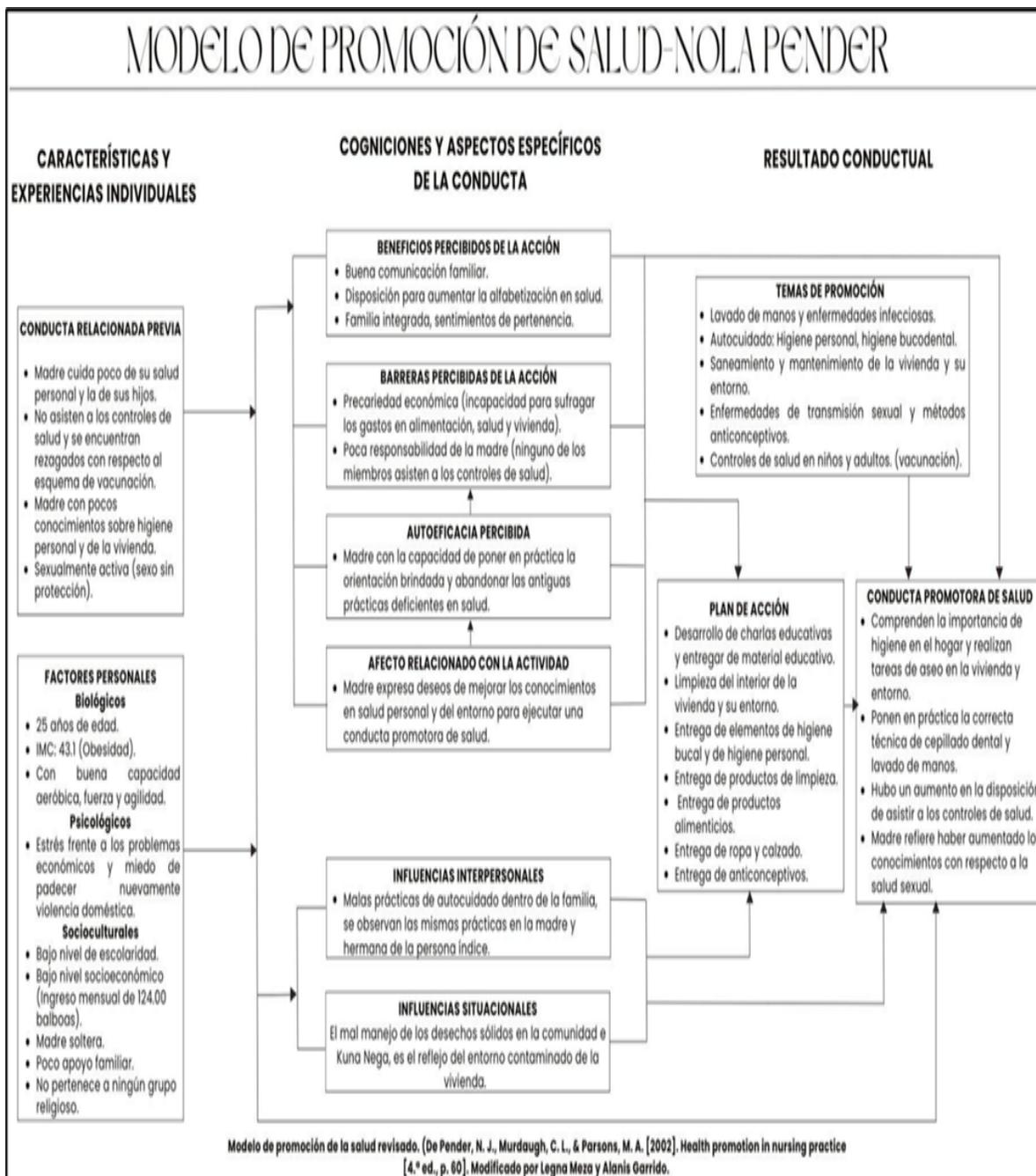


Tabla 2*Diagnósticos de Enfermería según Nanda*

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA	
Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión Código: 00002 Diagnóstico Real	Dx. Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado a precariedad económica e ingesta insuficiente de alimentos, manifestado por peso corporal por debajo del peso ideal para la edad. (Peso: 17.5 kg, Peso ideal: 20 kg, Edad: 11 años).
Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud Código: 00292 Diagnóstico real	Dx. Conductas de mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado a precariedad económica y recursos inadecuados de salud, manifestado por ausencia de controles de salud de la familia.
Dominio 4 Social Clase 5: Autocuidado Código: 00108 Diagnóstico de Promoción de la Salud	Dx. Déficit del autocuidado relacionado a precariedad económica, falta de suministro de agua y falta de acceso a la atención dental manifestado por caries dentales, placa dental y halitosis.

Los diagnósticos seleccionados se tomaron en base a la priorización de la problemática que afecta a la familia, basados en la observación y la entrevista donde fue realizada a la persona índice del estudio de caso de familia. Se identificaron las necesidades más relevantes de la familia como lo fueron el desequilibrio nutricional, conductas de mantenimiento ineficaz y déficit del autocuidado.

Es importante destacar que se trabajó en estos diagnósticos, con el fin de mejorar la calidad de vida de la familia realizando intervenciones que van en mejora de los diagnósticos antes mencionados, por lo que posteriormente se realiza un plan para realizar actividades de promoción de la salud en esta familia con el fin de lograr algunas metas esperadas.

Plan de intervenciones

A continuación, se mostrarán los diagnósticos seleccionados con sus respectivas intervenciones que se realizó en la familia de estudio de caso en la comunidad de Kuna Nega:

Tabla 3

Diagnóstico de enfermería según NANDA y su plan de intervención aplicado a la familia D.M., Kuna Nega.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA	
Dominio 2: Nutrición Clase 1: Ingestión Código: 00002 Diagnóstico Real	Dx. Desequilibrio nutricional por defecto , relacionado a precariedad económica e ingesta insuficiente de alimentos, manifestado por peso corporal por debajo del peso ideal para la edad. (Peso: 17.5 kg, Peso ideal: 20 kg, Edad: 11 años).
EXPLICACIÓN CIENTÍFICA DEL DIAGNÓSTICO	
<p>El desequilibrio nutricional es la ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas del organismo. (<i>NANDA, 2021. Pág. 231</i>).</p> <p>La desnutrición es una carencia de calorías o de los nutrientes esenciales. Causado por un consumo deficiente de alimentos. Cuando no se consumen los alimentos necesarios, el cuerpo entra en un estado catabólico, este se da cuando un organismo no recibe alimentos y comienza a nutrirse a través de sus propios tejidos. (<i>Brunner 2005, pág. 78</i>).</p> <p>El catabolismo es esa parte del proceso metabólico consistente en la degradación de nutrientes orgánicos transformándolos en productos finales simples con objeto de extraer la energía necesaria para las células. Esa energía liberada por el catabolismo es la que se usa en la síntesis de ATP, dando como resultado, la pérdida de peso. (<i>Rodríguez R., R. 1965. pág. 658</i>)</p>	
NOC: Estado nutricional (1004).	
<p>Mostrará un aumento progresivo de peso, evidenciado por establecer un patrón dietético con una ingesta de calorías adecuadas para mantener peso adecuado, en un tiempo de 1 mes.</p>	
Etiqueta: NIC: Asesoramiento nutricional (5246)	
INTERVENCIONES <ol style="list-style-type: none"> 1. Tomar el peso y la talla del paciente semanalmente. 2. Analizar las posibles causas del bajo peso. 3. Proporcionar alimentos adecuados y accesibles económicamente para la familia del paciente: dieta general. 4. Enseñar al paciente y a la familia una planificación adecuada de comidas 5. Explicar a la familia la importancia de llevar una dieta adecuada. 6. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional con el paciente y con la madre. 7. Utilizar las curvas de peso y talla de la OMS, para valoración nutricional. 8. Proporcionar alimentos y víveres. 9. Referir al paciente a un dietista/experto en nutrición si es preciso. 	

EVALUACIÓN: Luego de un mes realizadas las intervenciones de enfermería, el paciente mantuvo el peso en 17.7 kg, sin embargo, no entra dentro del peso ideal para la edad (20 kg), esto debido a la precariedad económica y a la ingesta insuficiente de alimentos.

Tabla 4:

Diagnóstico de enfermería según NANDA y su plan de intervención aplicado a la familia D.M., Kuna Nega.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA	
<p>Dominio 1: Promoción de la salud</p> <p>Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>Código: 00292</p> <p>Diagnóstico real</p>	<p>Dx. Conductas de mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado a precariedad económica y recursos inadecuados de salud, manifestado por patrón de falta de compromiso en la búsqueda de salud.</p>
<p>Gestión de conocimientos, actitudes y prácticas que subyacen a las acciones de salud que no son satisfactorias para mantener o mejorar el bienestar o prevenir enfermedades y lesiones. (<i>NANDA, 2021. Pág. 231</i>).</p> <p>Los marginados y los ciudadanos más desventajados padecen una discriminación social múltiple: disponen de menos recursos socioeconómicos, tienen menos poder en la toma de decisiones, disponen de una peor atención sanitaria y están más expuestos a los factores de riesgo que empeoran su salud, ya sean estos de tipo personal, social o ambiental. (<i>Benach & Muntaner, 2005, p. 13</i>).</p>	
<p>NOC: 1602 - Conducta de fomento de la salud</p> <p>La madre mostrará una mejoría en la disposición para asistir a las instalaciones de salud, evidenciado por un aumento en el compromiso de la búsqueda de atención y asistir a las citas de control de salud en un tiempo de 3 semanas.</p>	
<p>Etiqueta: NIC: Educación para la salud (5510)</p>	
INTERVENCIONES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicarle a la madre las consecuencias de no asumir las propias responsabilidades en salud. 2. Proporcionar retroalimentación constructiva positiva para aceptar la responsabilidad adicional por el cambio de comportamiento. 3. Fomentar reconocer las malas conductas. 4. Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. 5. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida del paciente. 6. Brindar charla educativa sobre: Importancia de los controles en salud. 	

En colaboración:

7. Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de salud.

EVALUACIÓN: Después de 3 semanas realizadas las intervenciones de enfermería, la persona índice asistía a sus controles de salud junto a sus 4 hijos, mostrando un aumento en el compromiso del mantenimiento de la salud, presentando conductas de autogestión positiva en salud.

Tabla 5:

Diagnóstico de enfermería según NANDA y su plan de intervención aplicado a la familia D.M., Kuna Nega.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN NANDA	
Dominio 4 Social Clase 5: Autocuidado Código: 00108 Diagnóstico de Promoción de la Salud	Dx. Déficit del autocuidado relacionado a precariedad económica, falta de suministro de agua y falta de acceso a la atención dental manifestado por caries dentales, placa dental y mal olor.
<p>La cavidad bucal es la zona donde más se alejan bacterias en el cuerpo, por lo que su buen cuidado es vital para evitar problemas como enfermedades periodontales, mal aliento, manchas en los dientes, caries e incluso la pérdida de la pieza dental. Vivir en condiciones de pobreza y limitados en cuanto al acceso a los servicios de salud es un importante factor de riesgo. En adición a esto los estilos de vida saludables son determinantes para la salud oral, incluyendo la dieta pobre, fumar tabaco y la ingesta de alcohol (<i>Cárdenas et. Al, 2013) pág. 9-48</i></p> <p>La relación entre la percepción de pobreza y la percepción de salud oral va muy ligada con los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes de este estudio. Además, se relaciona la baja escolaridad, el hecho de no tener empleo, pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, problemas de salud bucal en otros miembros de la familia como factores de riesgo para la aparición de enfermedades orales. (<i>Cárdenas et. Al, 2013) pág. 9-48</i></p>	
NOC: La familia mantendrá técnicas de aseo bucal manifestado por expresión verbal de cumplimiento de las técnicas de aseo bucal, visualización de la práctica del lavado de dientes correcta, disminución de placas dentales y disminución la halitosis.	
Etiqueta: NIC: Ayuda con el autocuidado baño/higiene bucal (5246)	
INTERVENCIONES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar charla educativa acerca de la importancia de la higiene bucal. 2. Brindar suplementos de higiene bucal. (cepillo dientes, pasta de dientes, hilo de dientes y enjuague bucal) 3. Practicar con la familia el cepillado correcto de dientes. 4. Establecer una rutina de cuidados bucales. 5. Evaluar el conocimiento adquirido mediante preguntas. 	

EVALUACIÓN: La familia fue participativa durante las intervenciones y obtuvo una vinculación más fuerte en los procesos de aprendizaje de los niños y niñas en la higiene bucal.

Actividades realizadas

Tabla 6

Plan de intervención: higiene bucodental. Familia D.M., Kuna Nega.

INTERVENCIÓN N.1- HIGIENE BUCODENTAL
<p>Problema observado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niños con caries y enfermedades periodontales. • Familia con mala técnica de cepillado dental y malos hábitos de higiene bucal. • Déficit en los conocimientos sobre la higiene bucal.
<p>Objetivo: Aumentar en la familia los conocimientos sobre la salud bucal y la técnica de cepillado dental para prevenir enfermedades por falta de higiene bucodental.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Se realizó una charla educativa sobre la salud bucal
2. Se le explicó a la familia la correcta técnica de cepillado dental
3. Se le hizo entrega de productos de higiene bucal (cepillos de dientes, pasta de dientes, enjuagues bucales, hilo dental).
4. Se le orienta a la madre sobre la importancia de llevar a sus hijos a sus citas con el odontólogo cada 6 meses.

Tabla 7

Plan de intervención: higiene corporal y lavado de manos. Familia D.M., Kuna Nega.

INTERVENCIÓN N.2- HIGIENE CORPORAL Y LAVADO DE MANOS
<p>Problema observado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observaron malos hábitos de higiene personal. • Niños y madre con aspecto desaseado (manos sucias, uñas con restos de suciedad).
<p>Objetivo: Aumentar en la familia los conocimientos sobre la higiene corporal y la técnica correcta del lavado de manos para prevenir enfermedades por falta de higiene corporal.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Se realizó una charla educativa sobre la higiene personal y el lavado de manos.
2. Se le explicó a la familia la correcta técnica de lavado de manos.

3. Se le hizo entrega de productos de higiene personal (jabón líquido, gel alcoholado, alcohol al 70%, toallas desinfectantes).
4. Se le orienta a la madre sobre la importancia de llevar una correcta higiene personal para evitar enfermedades infecciosas.

Tabla 8

Plan de intervención: higiene del entorno. Familia D.M., Kuna Nega.

INTERVENCIÓN N.3- HIGIENE DEL ENTORNO
<p>Problema observado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó un entorno antihigiénico y desordenado • Alrededor de la vivienda se observaron grandes cantidades de basura.
<p>Objetivo: Enriquecer los conocimientos sobre la importancia de mantener un entorno aseado para evitar el contagio de enfermedades o alergias y para tener espacios más cómodos para vivir.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se orientó a la familia sobre los beneficios de mantener un entorno limpio. 2. la familia procedió a limpiar con asesoría del personal de enfermería el exterior de la vivienda, recolectando un total de 2 bolsas de basura. 3. Se le hizo entrega de bolsas negras y productos de limpieza para el hogar.

Tabla 9:

Plan de intervención: limpieza del interior de la vivienda. Familia D.M., Kuna Nega.

INTERVENCIÓN N.4- LIMPIEZA DEL INTERIOR DE LA VIVIENDA
<p>Problema observado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó el interior de la vivienda desordenada. • Se observaron en el interior del hogar vectores y roedores.
<p>Objetivo: Explicarle a la familia la importancia de mantener un hogar aseado y sus beneficios.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se orientó a la familia sobre los beneficios de mantener la vivienda limpia. 2. La familia procede a limpiar con la asesoría del personal de enfermería el interior de la vivienda, colocando alfombras. 3. Se le hizo entrega de productos de limpieza para el hogar y trampa de ratones.

Tabla 10:

Plan de intervención: orientación sobre las enfermedades de transmisión sexual. Familia D.M., Kuna Nega.

INTERVENCIÓN N.7- ORIENTACIÓN SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
<p>Problema observado:</p> <ul style="list-style-type: none"> La persona índice, ha tenido hijos con parejas diferentes y mantiene relaciones sexuales sin protección.
<p>Objetivo: Educar a la madre sobre las enfermedades de transmisión sexual y el uso correcto de preservativo para evitar futuros embarazos y enfermedades.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS
<ol style="list-style-type: none"> Se desarrolló una charla educativa sobre las enfermedades de transmisión sexual y los métodos anticonceptivos. Se le hace entrega de material educativo sobre las enfermedades de transmisión sexual. Se le hace entrega de cajeta de condones de 144 piezas y se le explica sobre la manera correcta de utilizar el preservativo.

Tabla 11:

Plan de intervención: Inmunizaciones. Familia D.M., Kuna Nega.

INTERVENCIÓN N.8- INMUNIZACIONES
<p>Problema observado:</p> <p>Todos los miembros de la familia se encontraban rezagados, los niños solo habían recibido sus vacunas del nacimiento (BCG Y HEPATITIS B).</p>
<p>Objetivo: Tener a la familia al día con sus vacunaciones, prevención de enfermedades y promoción de salud.</p>
ACTIVIDADES REALIZADAS
<ol style="list-style-type: none"> Se orienta a la madre sobre la importancia de la aplicación de las vacunas. Se elaboraron las tarjetas de vacunas de todos los miembros de la familia. Se le administraron vacunas (influenza, TDAP, VPH, MR, hepatitis A, Hepatitis B) y se les citó para su próxima vacunación.

Conclusiones

La visita domiciliaria es una herramienta de cuidado a las familias que aplica el profesional de enfermería en atención primaria de salud. Al realizar diferentes actividades como observar el hogar, la interrelación de sus miembros, nos conduce a impartir enseñanza y descubrir otros problemas de salud. Esta actividad propia del profesional de Enfermería, por

lo que nos permite conocer las condiciones reales de la familia en su núcleo.

Las teorías de Enfermería nos permiten conocer la dinámica familiar junto con las condiciones de la vivienda e identificar los factores protectores y de riesgo de las familias. Son una herramienta útil para la inferencia, el pensamiento crítico y la toma de decisiones, lo que ayuda a las enfermeras a controlar toda la información y aplicar las prácticas de manera ordenada.

Las intervenciones de enfermería realizadas son con el objetivo de proteger la salud de la familia, promover estilos de vida saludables y mejorar su estado su salud mediante los programas de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades.

Referencias Bibliográficas

Almanza, A. (2010) Atlas Social de Panamá, Ministerio de Economía y Finanzas

<https://www.inec.gob.pa/redpan/sid/docs/documentos%20tematicos/Atlas%20social%20de%20Panama/14%20%20Hacinamiento%20en%20Panam%C3%A1.pdf>

Aristizábal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., Sánchez Ramos, A., & Ostiguín Meléndez, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, pág. 16-23.

Benach, J., & Muntaner, C. (2005). Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Editorial El Viejo Topo.

Benítez, I. G., & Ruiz, A. L. (2012). Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, pag.416-432.

De Arco CO, Puenayan PY, Vaca ML.(2019) Modelo de Promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. *Av Enferm*, pág. 227-236. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73145>

Díaz Cárdenas, S., Ramos Martínez, K., & Arrieta Vergara, K. M. (2013). Asociación del nivel de riesgo familiar total y caries dental en escolares de La Boquilla, Cartagena. *Avances en enfermería*, pag 9,48.

Giraldo-Osorio, A., Betancurth-Loaiza, D. P., Orozco-Castillo, L. y Mejía-Alarcón, A. M. (2020). Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Revista Ciencia Y Cuidado*, Pág. 99–111. <https://doi.org/10.22463/17949831.1624>.

González, W. O. L. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*.

- Gutiérrez, A., Mancero, X., Nieto, G., Molina, F., & Lemus, D. (2023). Modelos de unidad para la generación de mapas de pobreza a nivel subnacional.
- Lang, Diana. (2024). Problemas de crianza y diversidad familiar. Libro de Texto. Iowa State University. <https://espanol.libretexts.org/@go/page/158361?pdf.>
- López Corbeto, E., Lugo Colón, R., Montoro Fernández, M., Casabona Barbara, J., & en nombre del Grupo de ITS de la Comisión de vigilancia epidemiológica de Cataluña. (2023). Epidemiological situation of post-pandemic sexually transmitted infections in Catalonia, Spain. *Medicina Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.03.014>.
- NANDA (2023) https://www.academia.edu/80127385/NANDA_21
- Organización Mundial de la Salud: OMS. (2023). Salud bucodental. www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.
- Palomino, Y., & Suárez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA.
- Pernalet R, E. (2015). Una reflexión acerca de la pobreza y la salud. *Salud de los Trabajadores*, http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382015000100008&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez-Acelas, A. & Cañón-Montañez, W.. (2015). CAMINOS METODOLÓGICOS: VALIDACIÓN Y DESARROLLO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA. *Revista Cuidarte*, <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.248>.
- Rodríguez, R. (1965). Anabolismo y catabolismo. Consideraciones generales. Factores nutricionales y hormonales. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Stezano, F. (2021). Enfoques, definiciones y estimaciones de pobreza y desigualdad en América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/585921e7-9286-481d-85a5-0e714ada676a/content>.
- Rojas, A. M. Á., Edwards, A. L., & Alva, F. S. (2022). Prueba urbana y soportes en migrantes residentes en la ciudad de Santiago de Chile. *Cuadernos Inter. cambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 19(2), e50668-e50668.
- UNICEF (2020, marzo 25). Todo lo que debe saber sobre el lavado de manos para protegerte del coronavirus (COVID-19). [Unicef.org. https://www.unicef.org/costarica/historias/todosobrelavadodemanos](https://www.unicef.org/costarica/historias/todosobrelavadodemanos).