



ARTÍCULO DE INNOVACIÓN PARA LA PRÁCTICA

Intervención de Enfermería en una familia mexicana con factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas

I. Mena-Gómez*, J. Cadena-Estrada y D. Troncoso-Pérez

Programa de Maestría en Enfermería, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

Recibido: 10 febrero 2014; Aceptado: 31 marzo 2014

PALABRAS CLAVE
Enfermería Familiar;
Educación en salud;
Hábitos saludables;
México.

Resumen

Introducción: La familia como sociedad influye directamente en los hábitos y costumbres de cada uno de sus integrantes. A través del tiempo, la estructura y dinámica familiar han cambiado así como algunas prácticas, costumbres y conductas saludables: preparación y consumo de alimentos dentro del hogar, recreación y actividad física de los integrantes de la familia. La diabetes mellitus (DM) y la hipertensión arterial sistémica (HAS) son las principales enfermedades crónico-degenerativas asociadas al sedentarismo y consumo de alimentos poco saludable.

Objetivo: Proporcionar educación para la salud a una familia que le permita mejorar sus conocimientos sobre alimentación, actividad física y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, así como promover conductas de salud positivas, que faciliten su autocuidado.

Métodos: Se valoró la estructura, el desarrollo y la dinámica familiar con base en el modelo de Calgary y Friedman. Tras la detección de problemas reales y potenciales, se desarrolló una intervención educativa enfocada a hábitos alimentarios saludables, aumento de la actividad física y conocimiento de factores de riesgo sobre enfermedades crónico-degenerativas.

Resultados: La familia aprendió y replicó lo aprendido, comprometiéndose a modificar sus hábitos poco saludables.

Discusión: La valoración familiar es útil para el profesional de Enfermería, ya que permite identificar información relevante sobre los patrones transgeneracionales de enfermedades y conductas no saludables.

Conclusiones: Para poder apreciar los resultados como la modificación de hábitos y estilos de vida, es necesario dar seguimiento prolongado y constante tras realizar una intervención educativa.

KEYWORDS
Familial Nursing;
Health education;
Healthy habits;
Mexico.

Nursing intervention on a Mexican family with risk factors for chronic and degenerative illnesses

Abstract

Introduction: Family, as a society, has direct influences on the habits and customs of its members. Along the times, the familial structure and dynamics have been changing; for example,

* Autor para correspondencia: Aralia N° 48-306C, Colonia Ejidos de San Pedro, Delegación Tlalpan, C.P. 14640, México D.F., México. Teléfono: (55) 1849 5879. Correo electrónico: irianmena@yahoo.com.mx (I. Mena-Gómez).

regarding to its practices and behaviors such as food preparation and consumption, recreation, and physical activities. Diabetes mellitus and blood hypertension are the main chronic and degenerative illnesses related to sedentary and unhealthy eating life styles.

Objective: To provide health education to a specific family so that it can improve its self-care and health behaviors, as a result of its eating habits, physical activity, and chronic and degenerative illnesses prevention knowledge enhancement.

Methods: The familial structure, development, and dynamics were assessed using the Calgary & Friedman model. After the detection of actual and potential problems, an education intervention focused on healthy eating habits, physical activity, and chronic and degenerative illnesses risk factors addressing, was developed.

Results: This family acquired the corresponding knowledge, and engaged into an unhealthy habits modification.

Discussion: Assessing families is useful for nursing professionals in order to identify unhealthy behaviors as well as trans-generational illness patterns.

Conclusions: In order to obtain results such as habits and life style modifications, it is necessary to continue following the education intervention up.

1665-7063 © 2014. Enfermería Universitaria. Arte, diseño, composición tipográfica y proceso fotomecánico por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

Introducción

La familia es considerada una institución dinámica, una pequeña sociedad o sistema social cuyos objetivos van encaminados a la reproducción biológica y social para preservar la cultura, la historia y las tradiciones en sus integrantes¹. Desde esta perspectiva, sus funciones básicas son económicas, reproductivas, productivas, protectoras, culturales y sociales, así como vigilar el estado y mantenimiento de la salud. En la integración de una familia está implícito el desarrollo de cada una de las etapas del ciclo vital de ésta, en donde para dar inicio a esas fases, es necesario que el hombre y la mujer logren el desapego de sus familias de origen para iniciar una unión o matrimonio, posteriormente la procreación de los hijos y su formación escolar, se continua con la adolescencia y vuelve a iniciar una etapa de desapego del hogar de los hijos para la formación de nuevas familias, el reencuentro de la pareja inicial constituye la última etapa².

En la actualidad, la estructura familiar (número de integrantes y posiciones que ocupan) es variada, se ha modificado su tamaño y el esquema tradicional representado por la familia nuclear (padre, madre e hijos). Algunas, por razones de diversa índole, sólo están compuestas por uno de los 2 padres, el cual lleva toda la responsabilidad de las diversas funciones del grupo. Existen familias en las que ambos padres trabajan para tener mayores recursos económicos y propiciar al menos que las necesidades básicas sean cubiertas³. Cuando ambos padres salen al mercado laboral, el trabajo doméstico suele verse afectado, lo que trae consigo cambios de hábitos y costumbres y puede influir en la práctica de malos hábitos alimentarios, que se expresan en disminución del consumo de alimentos nutritivos y aumento en la ingesta de comida rápida así como sedentarismo, al conjuntarse estas situaciones se incrementa la posibilidad de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas⁴.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónico-degenerativas representan una de las principales causas de muerte en países desarrollados

y en vías de desarrollo; en México, estos problemas de salud están ligados a una serie de factores de riesgo que tienen un efecto acumulativo, o incluso sinergismo, propician una mayor incidencia de enfermedades no transmisibles, que afectan tanto a hombres como mujeres.

Entre los factores de riesgo más importantes están las conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad, como la combinación de una dieta poco saludable, la falta de actividad física o sedentarismo, el consumo de tabaco, la ingesta excesiva de alcohol; éstos son el origen de diversos padecimientos como la hipertensión arterial sistémica (HAS), obesidad, hipercolesterolemia, hiperglicemia o diabetes mellitus (DM), la trigliceridemia, entre otros, que a su vez actúan como factores de riesgo cardiovascular.

Estas conductas de riesgo, la mayoría de las veces son aprendidas en el núcleo familiar, razón por la cual en México existen diferentes programas gubernamentales que emiten recomendaciones y dan orientación a los miembros de la familia sobre los planes de acción ante los problemas de salud, estas estrategias se desarrollan con el objetivo de estandarizar actividades para la prevención y control de diversas afecciones; algunos son difundidos por los medios de comunicación como lo fue la campaña “Muévete y métete en cintura”, impulsada por la Secretaría de Salud del gobierno del Distrito Federal de este país en el año 2008, en donde se sugieren actividades físicas para evitar el sedentarismo y la mejora de los hábitos alimentarios⁵. Sin embargo, los Programas Nacionales de Salud pudieran resultar ineficaces debido a que sólo se sugiere a la población hacer cambios en su estilo de vida, sin concientizar sobre la importancia del cuidado a la salud.

Para que se logren los objetivos planteados en la salud de las personas y en su conjunto en la familia es necesario emplear un nuevo enfoque, el que proviene de la Enfermería Familiar; en esta perspectiva a través de la valoración que la enfermera realiza se pueden detectar todos aquellos factores de riesgo existentes en la familia, tanto factores externos (ecomapa) como internos (genograma), asimismo se

pueden implementar intervenciones para influir en una mejor adaptación al medio y ritmo de vida, coadyuvando a una mejor interrelación entre la dieta, ejercicio y métodos de relajación. La Enfermería Familiar representa una estrategia para la atención directa de las familias, otorga educación para la salud de forma personalizada, se abordan a los integrantes y se busca conocer el funcionamiento familiar para promover la salud tras haber realizado una valoración de su estructura y etapa del ciclo familiar, la identificación de necesidades particulares, el diseño de intervenciones educativas enfocadas a los problemas de salud detectados y, por último, una revaloración para conocer si la intervención fue eficaz o si se detectan nuevas necesidades. No obstante, en México existe poco personal de Enfermería^{6,7} con la formación profesional necesaria para abordar a las familias. Un ejemplo son los centros de salud, donde existen alrededor de 26,693 enfermeras que brindan atención a los usuarios de las 32 entidades federativas del país⁸. La información anterior aporta un panorama del déficit de personal de Enfermería en la atención familiar y da a conocer un punto que pudiera estar asociado a una promoción de salud deficiente, debido a que si no se cuenta con el personal de salud necesario para impulsar los programas federales, el apego a los mismos no será adecuado aún con la ayuda de su difusión en los medios de comunicación.

Métodos

Se seleccionó a una familia de la delegación Tlalpan con la cual se trabajó desde agosto a noviembre de 2013, ésta aceptó participar voluntaria y libremente dando su consentimiento informado; para referirse a ellos se asignó un seudónimo, *familia Gómez*. La metodología se estructuró de acuerdo con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque teórico del modelo de Calgary⁹ y Friedman, de tal manera que se valoró la estructura, desarrollo y dinámica familiar a través de 5 visitas familiares, con sus respectivas entrevistas semiestructuradas y una duración

aproximada de 90 minutos cada una; se creó un genograma para representar gráficamente la información obtenida¹⁰⁻¹². Se formularon los diagnósticos de Enfermería, tanto reales como de riesgo con base en la evidencia^{13,14}, las etiquetas de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*¹⁵ y el formato Problema, Etiología, Signos y Síntomas (PESS).

Se diseñó una intervención educativa con una duración de 120 minutos enfocada a promover la salud de la familia en 3 aspectos: la mejora de hábitos alimentarios, el fomento de actividades físicas y recreativas, prevención de HAS y DM, y el control de estrés/ansiedad. Finalmente se elaboró material didáctico de consulta para reforzar la intervención, el cual fue entregado a la familia en la última sesión.

Descripción y valoración de la familia

Se trató de una familia nuclear, compuesta por 4 integrantes que de acuerdo al genograma (fig. 1), proceden de familias extensas con antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas (DM tipo 2, cáncer, HAS). A continuación, se describen los resultados de los componentes de la valoración a la familia Gómez:

• Valoración estructural

El subsistema conyugal está compuesto por el Sr. G y la Sra. R, de 57 y 51 años respectivamente, ambos casados desde hace casi 25 años; habitantes de la delegación Tlalpan en sus límites con Xochimilco, cuya ocupación es comerciantes de tiempo completo en su propio negocio de abarrotes, vinos y licores (tienda); ambos padres se refieren a sí mismos como personas sanas, sin ninguna enfermedad crónica, sin embargo, al momento de la valoración familiar se detecta ansiedad y estrés en el Sr. G, que él mismo considera relacionadas con su inconformidad de dedicarse al comercio, y que se manifiesta en datos como gastritis, colitis y sensación de cansancio.

El subsistema parental está compuesto por 2 hijas, ambas estudiantes de carreras universitarias, solteras, sin hijos y

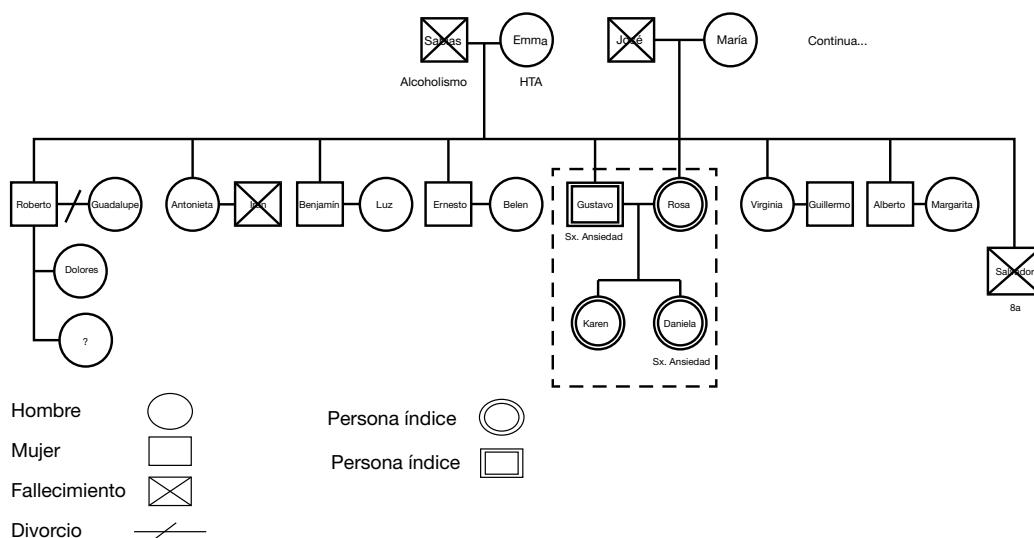


Figura 1 Genograma de la familia Gómez.

que cohabitan en la misma casa que sus padres. La hija K, de 23 años de edad, es la mayor y está a punto de graduarse, se refiere a sí misma como sana y sus padres lo ratifican. D, es la hija menor, cuenta con 19 años de edad y refiere haber estado en tratamiento psicológico y psiquiátrico a inicios del presente año por haber presentado crisis de ansiedad asociada a la muerte de su tío, el cual también era su padrino de bautismo. Actualmente, ha sido dada de alta por ambas especialidades y se refiere a sí misma "bajo control".

La familia es de religión católica (no practicantes), sin embargo sólo la Sra. R asiste a misa una vez al mes; el resto de la familia sólo llegan a asistir a eventos sociales como bodas o bautizos, sin embargo, todos los integrantes de la familia fueron bautizados y el matrimonio de los padres fue celebrado hace 24 años con una ceremonia religiosa.

Su hogar cuenta con todos los servicios intra y extradomiciliarios (agua, luz, gas, teléfono) y está construido con tabique y cemento.

• Valoración del desarrollo

La familia Gómez es un matrimonio que se encuentra en una fase de transición que abarca las etapas 5 y 6 propuestas en el modelo de Calgary⁹ (familias con adolescentes y familias como centros de partida). Los padres realizan tareas productivas al ser el sostén económico del hogar, mientras las hijas, independientemente de ser estudiantes, cumplen con tareas propias del hogar como limpieza y preparación de alimentos.

• Valoración de la función (instrumental y expresivo)

La familia posee malos hábitos alimentarios en cuanto a calidad, cantidad y establecimiento de horarios fijos para los alimentos. Su primer alimento es ingerido alrededor de las 07:00 horas y comprende algún producto de la tienda como café, pan o sándwich, posteriormente, alrededor de las 10:00 horas, la hija menor les lleva el almuerzo a base de huevo, frijoles y pan, acompañándolo con algún jugo o refresco del negocio o, en ocasiones, se alimentan a base de productos de la calle como tacos de canasta. La comida es alrededor de las 16:00 horas y suele ser algún tipo de carne, salsa, frijoles, pan o tortilla, nuevamente acompañado de algún jugo o refresco de la tienda. La cena suele ser un vaso de leche y pan. Por lo tanto, la familia consume una dieta rica en carbohidratos, lo cual es un factor de riesgo asociado al sobrepeso y obesidad.

Dentro de la higiene familiar, el lavado de dientes es en promedio 2 veces al día; el baño y cambio de ropa es diario. Cabe mencionar que respecto a su salud, la familia sólo asiste al médico cuando siente algún síntoma de malestar y no realiza una revisión periódica de su estado de salud.

En cuanto a las relaciones interpersonales y expresiones, existen 2 subsistemas: madre e hijas y padre e hija menor. En la primera se percibe una adecuada relación basada en comunicación efectiva, comprensión y respeto. En el segundo subsistema se hace notar una relación similar, siendo más permisivo con su hija menor "la consentida del papá", excluyendo a la hija mayor debido a que existen problemas relacionados a celotipia por parte del padre y diferencias en el establecimiento de acuerdos, como lo son la hora de llegada a la casa o la salida a eventos sociales.

Cada integrante de la familia cumple con su rol familiar y en caso de la presencia de enfermedad de uno de los padres, las actividades productivas y reproductivas son distribuidas equitativamente entre los miembros de la familia Gómez.

Diagnósticos de Enfermería

De acuerdo a la valoración familiar se detectaron diversos problemas de interés en la interacción familiar, alteración en las líneas de comunicación, práctica de hábitos alimentarios poco saludables, sedentarismo y antecedentes familiares de enfermedades crónico-degenerativas, no obstante para fines de este estudio sólo se mencionan los diagnósticos enfermeros reales más relevantes:

- Desequilibrio nutricional: por exceso relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por peso e índice de masa corporal (IMC) superior al ideal.
- Mantenimiento inefectivo de la salud relacionado con falta de información y recursos, manifestado por presencia de factores de riesgo (sedentarismo acentuado, dieta con preferencia de grasas saturadas y carbohidratos, y antecedentes familiares de DM tipo 2 e HAS) para desarrollar una enfermedad crónico-degenerativa.

Objetivo:

- Proporcionar educación para la salud a la familia Gómez que le permita mejorar sus conocimientos sobre alimentación, actividad física y prevención de enfermedades crónico-degenerativas, así como promover conductas de salud positivas, que faciliten su autocuidado para mantenerse en óptimas condiciones de salud.

Intervención de Enfermería Familiar

Las intervenciones familiares enfocadas al fomento de hábitos alimentarios saludables y aumento de la actividad física, son efectivas en la prevención del sobrepeso y obesidad, al menos en el tiempo que dura la intervención. Para que exista un cambio significativo en este tipo de costumbres se requiere de años en los que se dé información nutricional personalizada y seguimiento intensivo por parte de un profesionista, que fomente el desarrollo de estrategias para una vida saludable¹⁶.

La intervención educativa realizada a la familia Gómez se proporcionó mediante una exposición de temas a través de un medio digital, cartulinas y un *collage* de imágenes. El contenido teórico fue sustentado con algunas de las Guías de Práctica Clínica existentes en México y otros países, relacionadas a los temas de interés¹⁶⁻¹⁸. Consistió en reforzar los conocimientos que ellos tenían sobre 3 aspectos relevantes: alimentación saludable, factores de riesgo para HAS/DM y desarrollo de actividades recreativas enfocadas a la disminución de estrés y ansiedad. Se abordaron temas para llevar a cabo una alimentación saludable como lo son la importancia de establecer y respetar los horarios de comida, la reducción en la ingesta calórica por medio de la elección de productos comerciales saludables y se instituyeron sugerencias respecto a productos antioxidantes.

Posteriormente, se revisaron estrategias para disminuir el peligro de padecer enfermedades crónico-degenerativas

como HAS y DM, se otorgó mayor énfasis en el sedentarismo, obesidad y estrés; se hizo hincapié en acciones como la medición del IMC, limitar el consumo de alcohol y tabaco, no abusar en el consumo de sal y en la preparación de alimentos fritos, disminuir el consumo de carnes rojas y aumentar el consumo de pescado, frutas y vegetales, granos enteros (avena, arroz integral, trigo integral, frijol, lentejas, el uso de aceite de oliva); se realizó un ejemplo con el “*el plato del buen comer*”, procurar evitar las bebidas azucaradas y en cambio, preparar alimentos a la plancha, hervidos o a la parrilla, asimismo se exhortó a la familia a incrementar la actividad física y el ejercicio ligero como caminar, trotar, andar en bici o nadar 30 minutos diarios. Se hizo énfasis con el Sr G y la hija D para evitar situaciones que provoquen tensión emocional excesiva y se brindó información de lugares recreativos gratuitos cercanos a su domicilio. Se sugirió un descanso y sueño de 6 horas al día.

Como otra parte fundamental de la intervención, se les habló del estrés, que es un mecanismo de defensa ante ciertas circunstancias¹⁹ (actividades laborales, relaciones de trabajo, iluminación, temperatura, sobrecarga laboral, inseguridad laboral, mayor número de horas laborales), que en caso de no saber manejarlas pueden llevar a otras psicopatologías²⁰, se explicó que repercute en la salud física, puede elevar la frecuencia cardiaca e incrementar la presión arterial, así como disminuir la función inmune y la autoestima^{21,22}.

Resultados

Evaluación de la intervención

La familia se mostró satisfecha con la intervención, consideraron que se les brindó información completa, oportuna, satisfactoria y de acuerdo a sus necesidades, asimismo aceptaron que no tenían buenos hábitos alimentarios debido a que desconocían cómo hacerlo. La familia aprendió y replicó lo aprendido en la sesión respecto a qué alimentos consumir y la cantidad, así como establecieron horarios específicos de comida. Explicaron a detalle la importancia de conocer e identificar el valor calórico y nutricional de los alimentos y bebidas que se encuentran al alcance de la familia. Consideraron agregar colaciones entre comidas y evitar el consumo de alimentos “chatarra”. La familia Gómez expresó y calculó exitosamente su IMC (tabla 1).

Los integrantes de la familia Gómez se comprometieron a practicar alguna actividad física como caminata y ciclismo estático, por lo menos 30 minutos por 3 días a la semana. A pesar de las diferentes actividades, ellos optaron por dedicar unas horas del domingo a la recreación o por lo menos, a incrementar la convivencia familiar.

Discusión

El modelo Calgary, el genograma y ecograma relacionados con el Proceso de Atención de Enfermería han mostrado ser en este estudio una herramienta fundamental para identificar los principales problemas en esta familia, los cuales están relacionadas con el desarrollo y funcionamiento familiar, por lo tanto, puede ser útil al profesional de Enfermería para establecer una visión general y gráfica de la información biomédica y los patrones transgeneracionales de

Tabla 1 Medidas antropométricas

	Talla (m)	Peso (Kg)	IMC
Sr. G	1.72	85	28.7
Sra. R	1.65	80	29.3
Hija K	1.67	82	29.4
Hija D	1.65	65	23.8

IMC: índice de masa corporal; m: metro; Kg: kilogramo.

enfermedades o conductas no saludables, tal y como se refiere en la evidencia²³⁻²⁵.

Según Dias²⁶, la evaluación de las funciones de la familia se hace necesaria para la comprensión de su dinámica, permitiendo la intervención de Enfermería en las funciones de cada uno de sus miembros. Por consiguiente, ante los diagnósticos de Enfermería de desequilibrio nutricional y mantenimiento inefectivo de la salud fue necesaria la promoción de la salud al ser un proceso de empoderamiento que permite actuar al individuo y la familia para mejorar la calidad de vida y la salud, incluyendo una mayor participación de los principales actores (padres e hijos), lo que trae beneficios directos.

Por otra parte, es necesario considerar otros factores que influyen en la modificación de conductas no saludables, tales como la religión, ya que ofrece apoyo alentador a las prácticas, los valores, la socialización y el comportamiento saludable; la cultura influye directamente en personas, creencias, valores, normas, lenguaje y los comportamientos típicos de los individuos; y las cuestiones socioeconómicas traen consigo un gran impacto en la promoción de la salud, ya que están relacionados directamente a la disponibilidad de los recursos para mantener una conducta saludable^{21,27}.

La familia es el cuidador principal de sus miembros, tanto en situaciones de salud y enfermedad, y su importancia es tal, que se ha relacionado con una mayor adherencia al tratamiento por personas con algún problema de salud, especialmente cuando se incluye el interesado como participante en el proceso de salud-enfermedad, ya que él/ella hace una contribución sustancial a la promoción de la salud^{28,29}. Esto también se observó en nuestro estudio al poder trabajar no sólo con la familia de estudio, sino también con algunos miembros de la familia extensa gracias a que aceptaron que tenían malos hábitos y estilos de vida no saludables que de no modificarlos, la enfermedad puede tener un impacto directo en el entorno familiar; y las maneras de hacerlas frente son específicas para cada familia, la cual tiene sus propias creencias, historias y rutinas.

Consideraciones finales

La experiencia de realizar una intervención educativa enfocada a la familia y no sólo al individuo de una forma aislada, fue enriquecedora en el ámbito profesional, ya que es algo fuera de lo común en la Enfermería mexicana, la cual está enfocada al desarrollo de técnicas y procedimientos dejando atrás aspectos subjetivos como lo son el entorno, la dinámica familiar y las relaciones interpersonales entre los miembros que componen este pequeño sistema.

A través de esta intervención educativa de Enfermería Familiar se puede originar la modificación de conductas o

comportamientos que ponen en riesgo la salud de los integrantes de la familia, también se pueden promover acciones enfocadas a prevenir y/o modificar hábitos y estilos de vida, sin embargo es necesario realizar intervenciones de reforzamiento por un mayor periodo para observar la eficacia de la educación para la salud brindada.

Este tipo de intervenciones benefician a la familia y a la práctica profesional de Enfermería; el primero se favorece al ser valorado, diagnosticado e intervenido logrando identificar y satisfacer sus necesidades, mientras que el gremio de Enfermería enriquece su práctica al demostrar la importancia que tiene la prescripción del cuidado de Enfermería para la mejora de la salud poblacional y no sólo individual. Además, se fomenta en ambos grupos la comunicación efectiva como un medio para propiciar la empatía y el respeto.

Respecto a la opinión de la familia sobre la intervención realizada, mencionaron estar satisfechos por la atención individualizada y la información brindada, basada en las necesidades propias de sus integrantes. Agradecieron el haber estado con ellos e hicieron mención de que en México no existe un sistema que permita un acercamiento significativo con las prácticas de salud enfocados a la prevención de enfermedades.

Un factor limitante fue el tiempo, debido a que es necesario dar un seguimiento prolongado y realizar las intervenciones de Enfermería Familiar de manera constante, para poder ver los resultados de las acciones realizadas y la modificación de hábitos y estilos de vida.

Con base a esta experiencia se recomienda al profesional de salud ampliar su práctica fuera del ámbito hospitalario empezando por su persona y su familia nuclear, como una estrategia para promover la salud en su entorno.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este estudio.

Referencias

1. UNESCO. Familia y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie de estudios y documentos URSHSLAC [Internet], 1988: 5-11 [Consultado noviembre 01 de 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1v4Pgjg>
2. Estrada-Inda L. El ciclo vital de la familia. México: De bolsillo; 2007.
3. Ferré-Grau C. Dimensiones del cuidado familiar en la depresión, un estudio etnográfico. *Index Enferm* 2008;17(3):178-182. Disponible en: <http://bit.ly/1nJFTUm>
4. Domínguez-Vázquez P, Olivares S, Santos JL. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *ALAN* 2008;58(3):249-255. Disponible en: <http://bit.ly/1oNTZIM>
5. Secretaría de Salud. Muévete y métete en cintura. [Internet] México: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, 2008 [Consultado noviembre 15 de 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1ftTYMy>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México de un vistazo 2010. México: INEGI; 2010. Disponible en: <http://bit.ly/REtQKo>
7. Notimex. A México le faltan enfermeras. CNN Expansión, Economía 10 de Mayo de 2012. Disponible en: <http://bit.ly/1lzpnmF>
8. Dirección General de Evaluación de Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los servicios estatales de salud. México: Secretaría de Salud; 2008. p 56. Disponible en: <http://bit.ly/1stmRiQ>
9. Wright LM, Leahey M. Calgary family intervention model: one way to think about change. *Marital and Family Therapy* 1994;20(4):381-395. Disponible en: <http://bit.ly/1sOpopK>
10. De Souza-Pereira AP, Martins-Teixeira G, De Araujo-Belcorso C, et al. El genograma y eco-mapa en la atención de Enfermería en la salud de la familia. *Rev Bras Enferm* 2009;62(3). Disponible en: <http://bit.ly/1hM4cdb>
11. Carvalho-Wendt N, Aparecida-Crepaldi M. A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa. *Psicología: Reflexão e Crítica* 2008;21(2):302-310. Disponible en: <http://bit.ly/1kO8QMg>
12. Carraro TE, Könzgen-Meincke SM, Neusa C, et al. Conhecimento acerca da família do pai adolescente observado por meio do genograma. *Texto y Contexto - Enfermería* 2011;Especial(20):172-177. Disponible en: <http://bit.ly/QJKMOI>
13. Landeros-Olvera E, Nava-González EJ, Pérez-Noriega É, et al. Integración de los factores de riesgo coronario no convencionales en los diagnósticos de Enfermería. *Enfermería Cardiológica* 2012;20(2):71-77. Disponible en: <http://bit.ly/1oPDPaT>
14. Pérez-Noriega E. Estudio de caso desde la perspectiva del modelo del déficit de autocuidado aplicado a un receptor de autocuidado con valvulopatía aórtica. *Enfermería Cardiológica* 2004;12(1):18-28. Disponible en: <http://bit.ly/1hM6mJD>
15. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. España: Elsevier; 2010.
16. Secretaría de Salud. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Guía de Práctica Clínica. México: Consejo de Salubridad General; 2011. Disponible en: <http://bit.ly/T3q4eM>
17. Félix-Meco J, Pascual-Fuster V, Pérez-Jiménez F, et al. Guía de Alimentación Cardiosaludable en Atención Primaria. 2º ed. España: Instituto Flora; 2007. Disponible en: <http://bit.ly/1hgQ4T>
18. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Guía de Práctica Clínica. México: Consejo de Salubridad General; 2009. Disponible en: <http://bit.ly/1iljQeB>
19. Barra-Almagía E. Apoyo Social, Estrés y Salud. Psicología y Salud 2004;14(2):237-243.
20. Trucco M. Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* [Internet] 2002; 40 (2) [Consultado noviembre 16 de 2013]. Disponible en: <http://bit.ly/1mvndUd>
21. Yanes J. El control del estrés y el mecanismo del miedo. Madrid: EDAF; 2008.
22. Orlandi A. El estrés: Qué es y cómo evitarlo. México: Fondo de Cultura Económica; 2012.
23. Muniz RJ, Eisenstein E. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Bras Educ Med* 2008;33(1):72-79. Disponible en: <http://bit.ly/1nxwPmC>
24. Tatsch-Neves E, Evangelista-Cabral I, Da Silveira A. La red familiar de niños con necesidades especiales de salud: implicaciones para la enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013;21(2).
25. Rocha-DiÓgenes MA, De Vasconcelos-Varela ZM. Aplicação do modelo calgary de avaliação em família de gestante portadora de papilomavirus humano. *Enferm UERJ* 2004;12:199-204. Disponible en: <http://bit.ly/1o0fsXb>
26. Dias J, Castanbeira-Nascimento L, Messias-Mendes IJ, et al. Promoção de saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social e papéis na família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 2007;16(4):688-695. Disponible en: <http://bit.ly/1oO4tBN>
27. De Souza-Pereira A, Gama-Lira SV, Pedrosa-Moreira D, et al. Determinação de fatores de risco para a queda infantil a partir do modelo calgary de avaliação familiar. *RBPS*, Fortaleza 2010;23(2):101-108.
28. Trindade-Radavanovic CA, Mantelo-Cecilio HP, Silva-Marcon S. Structural, developmental and functional evaluation of the family of individuals with arterial hypertension. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(1):45-54. Disponible en: <http://bit.ly/1k4ls39>
29. Pires-Da Silva CG, Mussi-Carneiro F. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(2).