



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO EN SAN LUÍS TLAXIALTEMALCO, XOCHIMILCO.

**ESTUDIO DE CASO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

L. E. O. CHÁVEZ MONDRAGÓN LOURDES IVETH

N. DE CUENTA 93579018

ASESOR: MAESTRO EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

MÉXICO, D. F.

Octubre 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

MAESTRO EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ

Vo. Bo. Del asesor académico

ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO



DEDICATORIA

A ti que día con día guías mi camino y me iluminas con tu cuidado y protección.

A mis padres: Javier y Concepción, por el apoyo , comprensión y amor brindado durante este sueño. Ahora será una realidad seguiremos caminando.

A mis hermanos: Ana, Jorge, Gaby, Fer, Bere, Berna; por entender que no siempre puedo estar con ellos, pero que a pesar de ello están dentro de mi corazón y de mis proyectos.

A mis sobrinos: Gaby, Pao, Joan, Diego y Sebastian por su energía, sus ocurrencias y su amor.

Gracias Carmelita B., Julian, Aydé, Samuel, Ramón, Rosy, Jimmy, Efren, Miguel, Claus, Tere, Angelina, Aurora, Jesús, Ale B., Marú, y a todas mis compañeras por entender mis deseos de superación.

A mis compañeros y amigos: Darbe e Isa, sin ustedes no lo habría logrado, gracias por su amistad y por compartir sus conocimientos.

Ale: sabes que eres parte importante de este posgrado, gracias por compartir conmigo este trabajo y por haber hecho de este algo tan fructífero para nuestra familia. Por el apoyo en esos momentos de pérdida..... simplemente por conocer al ser humano.

A mis maestros: Ezequiel, Liliana, Rodolfo, Vero, Judith, Sofía y Guadalupe , por guiarme hacia la luz dentro de la oscuridad y dejarme con la inquietud de seguir aprendiendo.

Gracias Cristina Balam por ese apoyo incondicional, Guadalupe Herrera, Rosalba B. , Adela Flores, Paty Rangel, Alicia C. , y demás autoridades por permitirme continuar.

Dr. Ibarra: una hora hace la diferencia, gracias por apoyarme.

A todos aquellos que estuvieron conmigo y siguen estando, Joaquin F. L. (+) nunca te olvidaré.

Mientras más aprendo, me doy cuenta de que hay muchas cosas que desconozco , así que sigamos aprendiendo.

RECONOCIMIENTOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Gracias por permitirme cobijarme bajo tu nombre.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Gracias por los maestros excepcionales por todos los conocimientos y por darme las herramientas necesarias para amar mi profesión.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Gracias por permitirme ser parte de tu familia ,por darme la experiencia laboral que requiero y por permitirme poner en práctica lo aprendido.

INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Gracias por abrirme el panorama y ver el manejo de la salud desde otra perspectiva.

HOSPITAL INFANTIL

Gracias por compartir el manejo epidemiológico.

JURISDICCIONES SANTIARIAS

Gracias por ser agentes de cambio y entender que debemos continuar caminando con la población.

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	1
2	OBJETIVOS	3
3	MARCO TEÓRICO	4
3.1	ANTECEDENTES	4
3.2	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
3.3	MODELO TEÓRICO DE OREM	7
3.4	TEORIAS DE LA FAMILIA	13
3.4.1	TEORIA ESTRUCTURAL FUNCIONALISTA	13
3.5	PROCESO DE ENFERMERÍA	14
3.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS – LEGALES	21
4	METODOLOGÍA	23
4.1	SELECCIÓN DE LA FAMILIA	23
4.2	DESCRIPCIÓN GENÉRICA DE LA FAMILIA	23
4.3	VALORACIÓN DE LA FAMILIA	23
4.3.1	FACTORES CODICIONANTES BÁSICOS	23
4.4	HISTORIA DE PATRONES FAMILIARES	24
4.5	ESTRUCTURA FAMILIAR	26
4.6	ESTRUCTURA DEL PODER	27
4.7	REQUISITOS UNIVERSALES	29
4.8	CRONOGRAMA	32
4.9	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	33
5	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	37
6	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
6.1	REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS	39
6.2	REFERENCIAS ELECTRÓNICAS	40
	ANEXOS	41

1 INTRODUCCIÓN

La realización de este estudio de caso, se basa en la aplicación del Proceso de Atención en Enfermería, la teoría del déficit de autocuidado así como en la teoría de Sistemas de Dorothea Orem, la teoría Estructural Funcionalista y aquellas consideraciones éticas para la realización de este estudio de caso, aplicándolo en una familia del pueblo de San Luís Tlaxialtemalco Xochimilco, se realizó la valoración correspondiente para la determinación de diagnósticos de enfermería; dando paso a una planeación que propone intervenciones para ser implementadas y posteriormente evaluadas, con la finalidad de lograr el impacto requerido, para la generación de conductas que beneficien la salud familiar, creando así estilos de vida saludables.

Uno de los principales problemas priorizados dentro de la familia fue la violencia familiar, la cual es transcultural, sin embargo por ser una familia con problemas muy complejos que requieren de un abordaje multidisciplinario y debido al tiempo tan reducido para la intervención, sólo se realiza la referencia a una Institución especializada, por tal motivo se decidió abordar únicamente la obesidad y el sobrepeso, lo cual fue la segunda priorización en cuanto a las necesidades de salud. La obesidad es una enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, es un problema de Salud Pública al cual no se le ha dado la importancia debida ya que “La prevalencia de obesidad entre los niños y adolescentes está aumentando, tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo, aunque la velocidad y el incremento varía. En los Estados Unidos de Norteamérica, Europa y Australia, la prevalencia de sobrepeso se ha duplicado más del doble en la última década”^{1, 2}

Algunas características de la vida moderna y estilos de vida, particularmente en ciertos niveles sociales, pueden considerarse como factores condicionantes de la obesidad, ya que fomentan el consumo excesivo de alimentos, a la vez que disminuyen la actividad física: los desayunos de negocios o de amigos, las celebraciones especiales, así como las largas horas frente a la televisión cómodamente sentados, consumiendo bocadillos y el uso de alimentos envasados; el uso frecuente del automóvil, las nuevas comunicaciones que no requieren desplazamientos, el uso de maquinaria que sustituye el trabajo humano, y la utilización de videojuegos son factores que contribuyen al padecimiento de obesidad y sobrepeso. La ansiedad se puede manifestar a través del consumo de alimentos constantes, la mala alimentación y desequilibrio en la nutrición generan la obesidad y el sobrepeso, es por ello que se proponen técnicas de relajación y respiración para el manejo del estrés y ansiedad.

En este estudio de caso se implementaron intervenciones para favorecer la integración familiar a través de la práctica de algún deporte, aprender la técnica de

¹ TROIANO, RD, FLEGAL, KM, Overweight in children and adolescents, description, epidemiology and demographics. Pediatrics. 1998. p. 497-504.

² MARGAREY AM, DANIELS LA, BOULTON TJ. Prevalence of overweight and Obesity in Australian children and adolescents reassessment of 1985 and 1995, date against, new standard international definitions .Med J Aust 2001: 174, 561-564.

respiración y relajación para controlar los estados de ansiedad, estrés; así como el conocimiento de las aportaciones nutritivas de cada alimento y el equilibrio entre estas para llevar a cabo una buena alimentación, controlando y previniendo el sobrepeso y la obesidad así como las complicaciones que esta pueda traer consigo.

Se cree que la carga genética es muy importante para que la persona pueda padecer obesidad, en nuestra familia la carga genética viene por ambas ramas lo que nos da a pensar que la prevención es básica para evitarles costos mayores a largo plazo, tanto para su salud como para su economía.

El presente estudio de caso consta de la aplicación de bases teóricas, metodológicas e instrumentales, lo que favorece el ejercicio profesional durante la especialización. Se encuentra estructurado por la fundamentación teórica del caso a través de los antecedentes, el marco conceptual y las determinaciones ético- legales que determinan y/o reglamentan el ejercicio profesional.

La metodología, apartado en el cual se realiza la descripción genérica de la familia, empleando el instrumento que nos permitió la valoración, el proceso de diagnóstico y el plan de intervenciones.

Por último se hace mención a las conclusiones y sugerencias que surgen de la elaboración de este estudio de caso.

2 OBJETIVOS

En una familia del AGEB-456 en San Luís Tlaxialtemalco

- ❖ Con presencia de casos de obesidad, sobrepeso y factores asociados a esta patología. Promover estilos de vida saludable a través de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem y la teoría de Sistemas.

- ❖ Integrar los conocimientos adquiridos durante la Especialidad de Enfermería en Salud Pública para su aplicación.

- ❖ Identificar hábitos nocivos para obesidad, sobrepeso y factores de riesgo, a través de la teoría estructural funcionalista; generando conductas saludables de acuerdo a las creencias, cultura y necesidades.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

De acuerdo con J. Díaz Gómez, M. Armero Fuster, I Calvo Viñuela y M A Rico Hernández en base a un estudio longitudinal con intervención en el tratamiento de la obesidad mediante educación y seguimiento de 15 a 30 días en consulta de enfermería de 116 pacientes, se obtuvieron resultados del 26.7% de los pacientes seguía en tratamiento, el 5.1% redujo aproximadamente el 10% del peso inicial, el 44% había abandonado el seguimiento, el 8.6% solicito su alta voluntaria y el 15.5% fueron derivados a consulta. Esto nos permite ver el grado de indiferencia que hay hacia el padecimiento de la obesidad.

M. A. Horta González y cols. Refieren en el estudio realizado bajo la teoría de Callista Roy en un individuo de 58 años, el cual padece Diabetes Mellitus no insulino dependiente (DMNID) y obesidad entre otras cosas; el diagnóstico de alteración de la nutrición por exceso relacionado con la ingesta excesiva de hidratos de carbono y grasas manifestado por la mala relación peso/talla. Se proponen intervenciones como son: educar al paciente y a su familia para modificar sus hábitos alimenticios. Fomentar nuevas formas de cocinar alimentos (vapor, plancha). Planificar y elaborar mutuamente un programa de ejercicios, orientar nutricionalmente, etc., la evaluación posterior a 20 días donde caminará diariamente, consumirá alimentos a la plancha o vapor en tres ocasiones por semana. Los autores nos hablan de la propuesta que hace bajo la aplicación de una teoría.

Patti-Jean Naylor, PhD, Heather M. Macdonald, Katharine E. Reed, MSc, Heather A. McKay, PhD realizaron un estudio de caso sobre Action Schools! BC (Escuelas en acción en Columbia Británica): un enfoque socioecológico para modificar los factores de riesgo de enfermedades crónicas en niños escolarizados en escuelas primarias. Utilizaron como método el modelo socioecológico Action Schools! BC desarrollado para crear 1) un entorno de escuela primaria donde los estudiantes tengan más oportunidades de ejercer opciones saludables y 2) un entorno solidario a nivel comunal y provincial que facilitará el cambio a nivel escolar e individual, observaron que “el 30% de los niños de Columbia Británica, Canadá, tienen sobrepeso o son obesos, y el 50% de los jóvenes no practican suficiente actividad física como para obtener resultados beneficiosos para la salud”³. Al término del estudio Se observó un aumento de los hábitos saludables tanto a nivel escolar como al nivel de la provincia de Columbia Británica. Los resultados obtenidos a partir de los grupos de foco y del seguimiento del proyecto indicaron que el modelo Action Schools! BC mejoró el uso conceptual de los conocimientos y que se trató de un factor predominante. También influyeron factores como la voluntad política y el interés público.

³ NAYLOR JEAN PATTI, y COLS: ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO. Action Schools! BC (¡Escuelas en acción! en Columbia Británica): un enfoque socioecológico para modificar los factores de riesgo de enfermedades crónicas en niños escolarizados en escuelas primarias. Public Health. Vol.3 N. 2. Abril 2006.

3.2 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

De acuerdo a la Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad la definición es la siguiente:

“La obesidad, incluyendo el sobrepeso como estado premorbido, es una enfermedad crónica caracterizada por almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo; acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica, relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos”.⁴

La Obesidad y el sobrepeso son problemas de Salud Pública que se han ido incrementando al paso del tiempo, esta se da por múltiples factores que no respetan sexo, raza, nivel socioeconómico o latitudes, llega a afectar a una cuarta parte de la población y podría decirse que al 50% de los mayores de 50 años.

Se cree que una de las causas principales de la obesidad es la ingesta excesiva de calorías en relación con los requerimientos metabólicos.

Muchos de los casos de obesidad surgen de la imitación de los malos hábitos alimenticios de los padres. Se relacionan a la obesidad ciertos factores como son: genéticos, personalidad insegura, indecisión, angustia y preocupación, pérdida económica, pérdida de un ser querido, fracasos matrimoniales, soledad, abandono, estilos de vida social; esto puede traer consigo complicaciones como patologías cardiovasculares, ortopédicas, endocrinas así como rechazo de la sociedad y de si mismo por no tener un buen aspecto físico.

“La obesidad en el 30% de los casos, comienza en la infancia o en la adolescencia, existe una obesidad familiar unilateral o bilateral en el 80% de los casos, y una diabetes familiar en el 25% de ellos. La frecuencia de la obesidad en el niño es el orden de 8 a 12% y un poco más en las niñas, comienza precozmente; 2 de cada 3 niños son obesos antes de los 5 años”.⁵

Diagnóstico:

Se recomienda la evaluación de los pacientes en busca de sobrepeso u obesidad por parte del personal de salud, estableciendo el diagnóstico y dándole a conocer al paciente de la importancia de su padecimiento y las complicaciones que esta puede traerle. Se debe enfatizar un cambio en el estilo de vida como son dieta y ejercicio, con el fin de lograr una reducción de peso sostenida. Utilizar el índice de masa corporal (IMC) con fines de diagnóstico clínico en donde la norma oficial NOM-174-SSA1- 1998 donde la obesidad para hombres o mujeres de $IMC \geq 27$. Se reconoce la talla baja en México en donde el IMC cambia en estaturas < 1.60cm para hombres

⁴ NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-174-SSA1-1998, PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD. Vol. 4 No.1 Enero-Marzo 2003

⁵ perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_obesidad.htm - 40k (07-03-06)

y $<1.50\text{cm}$. para mujeres el $\text{IMC} \geq 25$. Mientras que el sobrepeso se maneja como $\text{IMC} <25$ y >27 en población adulta.

La OMS recomienda la medición de la cintura donde se es más probable padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, cuando la cintura es mayor de 102 cm. en el hombre y de 88 cm. en la mujer.

Se debe tomar en cuenta que una vez diagnosticada la obesidad conviene tomarse en cuenta las complicaciones antes mencionadas y otras como son: depresión, trastornos por atracón, trastornos límites de la personalidad y alteraciones psiquiátricas que requieran de tratamiento.

CLASIFICACIÓN

La obesidad se clasifica en exógena y endógena. La exógena es referente a una ingesta calórica superior a la necesaria, para cubrir las necesidades metabólicas del organismo.

La endógena es aquella producida por una disfunción de los sistemas endócrinos o metabólicos.

Puede haber obesidad en relación con el síndrome de resistencia a la insulina el cual se da desde la infancia.

COMPLICACIONES DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.

Se pueden presentar diabetes, uno de cada cinco obesos son diabéticos, crisis de gota, pancreatitis, litiasis biliar, complicaciones vasculares como HTA se sabe que aproximadamente el 50% de los obesos padecen hipertensión, insuficiencia cardiaca o coronaria, complicaciones respiratorias como son: dificultad para movilizar la caja torácica, síndrome de apnea obstructiva del sueño, alteraciones óseas y articulares como: alteraciones del sistema esquelético en niños y adolescentes, deformaciones óseas, artrosis, sobre todo a nivel intervertebral, rodilla, cadera y tobillo.

En cuanto a las complicaciones del síndrome de resistencia a la insulina se asocia a la enfermedad isquémica del corazón y accidente vascular cerebral.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Aún cuando existen numerosos enfoques respecto a su prevención y tratamiento, todos coinciden en la necesidad de modificar la conducta.

- Incluir un plan alimentario de acuerdo a las características del paciente obeso.
- Programas de actividad física, ejercicio adecuado a las características y estado de salud del paciente obeso.
- Fármacos para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades.
- Intervención quirúrgica en caso de ser requerido.
- Programas y campañas de difusión permanentes en pro de los estilos de vida saludables.

- Implementar políticas de salud escolares que favorezcan a los niños y adolescentes para que tengan acceso a alimentos saludables y a la realización de actividad física diaria
- Se pretenden generar estilos de vida saludables que permitan que la población intervenga activamente y haga conciencia sobre las medidas que deba realizar siempre en una manera holística para su propio beneficio, evitando así complicaciones y gastos subsecuentes para la familia y la sociedad.
- Educar principalmente a las embarazadas para que estas a su vez brinden una buena orientación y lleven a cabo acciones que proporcionen una buena alimentación al futuro de México “los niños”.
- Técnicas que beneficien la disminución de estrés ya que este nos acompaña desde tiempo inmemorial. Es parte de nuestras reacciones ante los cambios y estímulos siendo una fuerza positiva, lo cual ayuda al ser humano a sobrevivir con un dinamismo que diferencia la vida activa de la existencia pasiva. El estrés plasma nuestra manera de vivir, marca las pautas y el ritmo de nuestra vida. y genera el ímpetu necesario para traducir los pensamientos en acciones: hacer el amor, dirigir una orquesta, cumplir un plazo, huir de un incendio, sin embargo este puede ser un factor nocivo, ya que se generan conductas de alimentación inadecuada que ocasionen el sobrepeso y la obesidad.
- Sensibilizar al personal de salud acerca de la importancia del diagnóstico temprano del sobrepeso y la obesidad, ya que este se descarta, aún en muchas poblaciones se cree que el estar obeso o con sobrepeso es sinónimo de estar sano.

3.3 MODELO TEORICO DE OREM

De acuerdo con Orem la salud cambia constantemente y con está las características humanas y biológicas de las personas, lo que afecta a la integridad mental, física y biológica del ser humano.

El modelo teórico de Orem y su Teoría General sobre el déficit del Autocuidado, contempla:



En este estudio de caso únicamente abordaremos la Teoría del Déficit del Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería.

Se sugieren ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento entre el equilibrio de la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo de ser normal (normalidad).

- **Teoría del déficit de Autocuidado.**

La teoría del déficit de autocuidado tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería, a saber, los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud, o relacionadas con ella, para ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. El autocuidado requiere cualidades físicas e intelectuales altamente desarrolladas que no todo mundo posee en todo momento.

Los déficit de autocuidado se identifican como **completos y parciales**; el completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico, y el parcial puede ser extenso o puede limitarse a una incapacidad para satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de autocuidado terapéutico.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas constituye una evidencia de un déficit de autocuidado.

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado.
- Falta de conciencia limitada, del yo y del entorno; excluyendo la debida al sueño natural.
- Incapacidad para recordar experiencias pasadas, en el control de la conducta.
- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y familiaridad con las condiciones internas y externas.
- Acontecimientos que indican disfuncionalidad o alteración que dan origen a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de una o más requisitos de autocuidado universal.

- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas, medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere de la adquisición de conocimientos y habilidades.

Ante este contexto es importante reconocer dos dimensiones de autocuidado: una dimensión se relaciona con las operaciones de acción intencionada de autocuidado, esta es la dimensión personal y voluntaria.

La segunda dimensión se relaciona con los acontecimientos que ocurren en el individuo y su entorno como resultado de las acciones humanas o ambientales existentes, los cuales se deben de modificar para satisfacer el déficit.

En el desarrollo de la agencia del autocuidado de los individuos deben aprenderse ambas dimensiones; lo que implica conocer datos para emitir juicios sobre las condiciones internas y externas para la toma de decisiones. Además de considerar las limitaciones y la falta de validez o efectividad del autocuidado.

En el marco de la teoría del déficit del autocuidado, se contemplan los siguientes términos: **cuidado dependiente, agencia de autocuidado dependiente y agencia de cuidado dependiente.**

Orem emplea la palabra “agente” para referirse a la persona que proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

El término de agencia de autocuidado dependiente (enfermería), se refiere a la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objeto de cuidar de sí mismos y de otros, algunos socialmente dependientes.

Agente de autocuidado dependiente, se refiere al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

En síntesis es importante resaltar que la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado comprende la unión de tres conceptos



- **Teoría del Sistema de Enfermería**

El sistema de Enfermería de Orem nos habla de una serie continua de acciones, cuando la enfermera vincula sus propias acciones y están dirigidas e identifican las demandas de autocuidado.

Orem nos dice que existe deficiencia en las personas para cuidar sus salud; creando una relación entre la enfermera (agencia de autocuidado) y las demandas de autocuidado del individuo o comunidad (agente de autocuidado); y que los individuos inician y realizan en su propio beneficio acciones para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de si mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- EL apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento. Maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación y
- Promoción del bienestar.

Por lo tanto, se reitera que el autocuidado es una actividad aprendida por el individuo y esta orientada hacia un objetivo “mantener la salud”, exhorta a que las personas sean capaces de usar la razón (conocimiento) para aprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones, dichas decisiones están condicionadas por varios factores como: edad, maduración y cultura.

Para satisfacer los requisitos de autocuidado es necesaria la utilización de métodos y grupo de acciones que se denominan demandas de autocuidado.

La teoría del sistema de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado porque establece la forma de enfermería y la relación entre las propiedades del usuario y de la enfermera. Los sistemas que lo conforman son: Apoyo/educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.

- **De apoyo educativo**

Se utiliza en las situaciones en las que el individuo es capaz de realizar y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado que solo necesita ayuda de enfermería para llevarlo a cabo (enseñanza).

- **Parcialmente compensatorio**

Sistema en el que la enfermera y el usuario realizan medidas de asistencia y otras actividades que implican acciones conjuntas para cubrir el requisito de autocuidado. (Hacer con)

- **Totalmente compensatorio**

Sistema en el que la persona es total o parcialmente incapaz de ayudarse así misma el cumplimiento de los cuidados diarios relacionados con la salud por causas de situaciones de salud existentes. (Hacer por otro)

Métodos de ayuda utilizados por enfermería

- Actuar
- Hacer por
- Guiar
- Enseñar
- Apoyar
- Estimular el desarrollo

Supuestos en la teoría general de enfermería de Orem

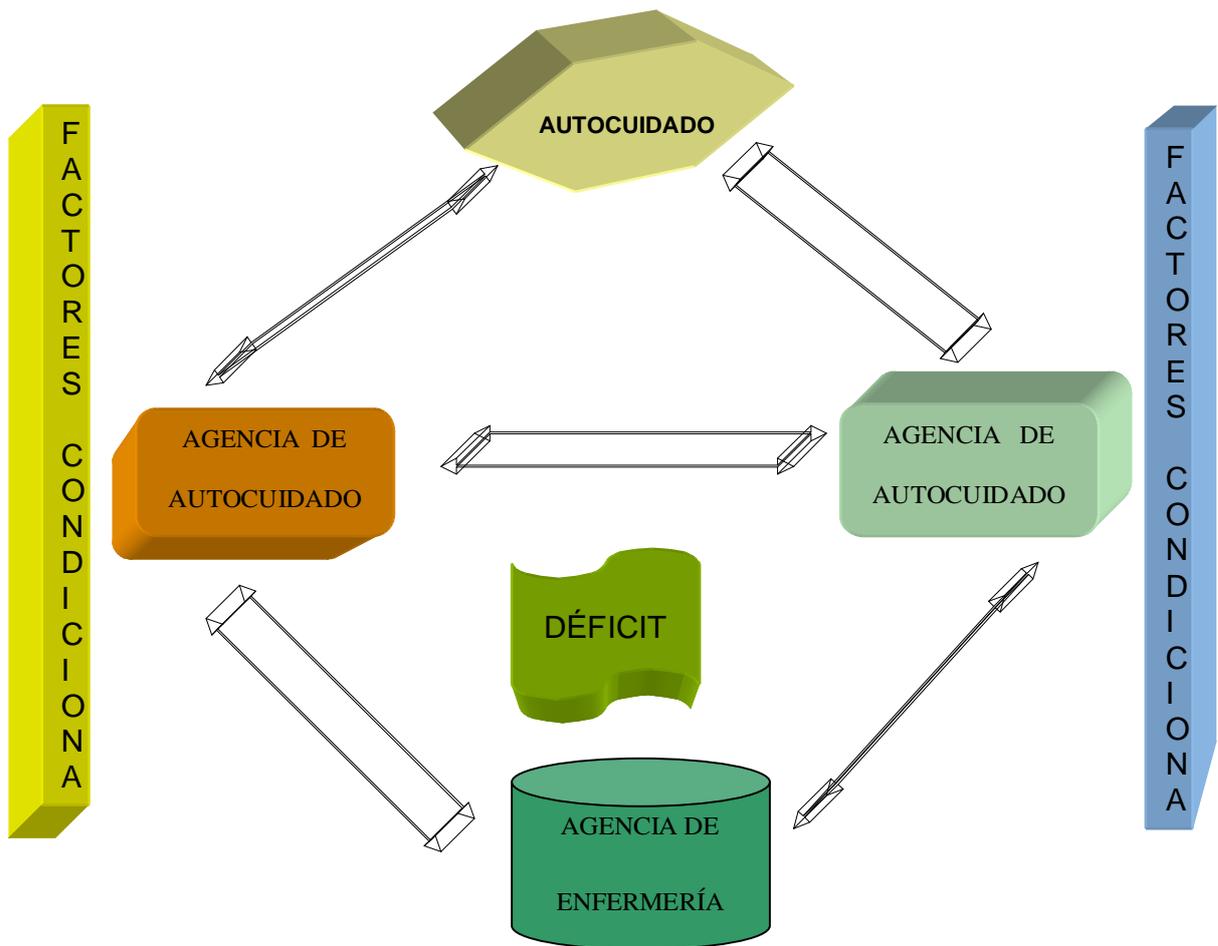
El rol de enfermería en salud pública es visualizar a la comunidad en las siguientes dimensiones:

- Estimular a las personas de acuerdo a sus necesidades.
- Voluntad de las personas de ayuda a ellas mismas y hacia los demás.
- Necesidades de ayuda de la persona (conocer sus limitaciones)
- Sensibilizar y transmitir la necesidad de autocuidado.
- Compartir las tareas y responsabilidades del grupo en la comunidad.

A fin de concluir los aspectos planteados expuestos hasta aquí, la enfermera especialista en salud pública, hace uso de esta teoría (OREM), basándose en el autocuidado, para la proyección de un diagnóstico de enfermería; enfatizando acciones de prevención, promoción, planificación, organización, intervención y evaluación; de esta forma fundamenta plenamente cada una de sus acciones; pues la finalidad es atender las necesidades detectadas en la población de estudio. (ver esquema 1)

ESQUEMA No. 1

MARCO CONCEPTUAL DE LA TEORÍA DE OREM



3.4 TEORIAS DE LA FAMILIA

Dentro de las teorías de la familia se encuentra: la teoría de sistemas, teoría del desarrollo familiar y la teoría estructural funcionalista, en la cual nos basaremos para nuestro estudio de caso familiar.

3.4.1. TEORIA ESTRUCTURAL – FUNCIONALISTA

Usando este marco, la familia; también es vista como un sistema social, pero más como un resultado que como un proceso de orientación, lo que es más característico de la teoría de sistemas. El análisis de las dimensiones funcional y estructural de la familia, como implica el nombre, recibe la atención primordial, esta aproximación ha sido seleccionada como uno de los principales marcos organizadores y teóricos de texto y como tal:

Estructural: Se refiere a la organización de cada una de las partes (personas) que conforman a la familia, y se clasifica de la siguiente manera:

- Estructura del poder: permeable, difuso, rígido, matriarcal, patriarcal, conyugal, parental, fraterno.
- Estructura del rol: proveedor, cuidador del hogar, cuidador de los niños, sexual, padres, bloqueador, dominador, mártir, chivo expiatorio.
- Estructura de valores: Estos los establecerán las familias; unión, respeto, solidaridad.
- Proceso de comunicación: relaciones fuertes, moderadas, débiles, estresantes, conflicto.

Por función: Son las interacciones resultado de la estructura familiar, entre las que se encuentran las siguientes:

- Afectiva: la cual se refiere a la relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia.
- Socialización y colocación en la sociedad: se refiere a la relación interna que mantienen los elementos que conforman a la familia y externas a la relación que llevan con su entorno social, educacional y laboral.
- Reproducción: Enfocado a la continuidad de la familia siguiendo el ciclo, vida, reproducción y muerte.
- Económica: Esta función se refiere a la o las personas que aportan el ingreso económico así como a la cantidad con la que la familia cuenta para solventar las necesidades familiares.
- Atención a la salud: Enfocada a quien y como acuden a los servicios de salud y si se utiliza o no algún tipo de medicina alternativa.

3.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería ha llegado a convertirse en una actividad organizada que va adquiriendo, lentamente, un mayor reconocimiento en nuestro país:

El proceso de enfermería surge en 1955, cuando Lydia Hall pronuncio una conferencia en Nueva Jersey acerca de la calidad de la asistencia sanitaria; donde afirma que *“la asistencia sanitaria es un proceso”*. En este sentido, definió como preposiciones fundamentales: la asistencia sanitaria al paciente, **para** el paciente y con **el** paciente. Dichos enunciados deberían de guiar el objetivo del proceso de enfermería.

De igual forma, la obra de I. J. Orlando, publicada a comienzos de los sesentas, titulada: *“la relación dinámica enfermera-paciente”*, la constituye la relación interpersonal. Al proponer la realización de acciones deliberadas, es decir, plantea las distinciones entre estas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte de la actuación del profesional de enfermería. Fue una de las primeras autoras que utilizó el término: Proceso de la Asistencia Sanitaria, hoy conocido como **Proceso de Enfermería**.

En 1996 Lois Knowles presentó la descripción de un modelo que contenía actividades de un profesional de Enfermería:

- Describir: el profesional adquiere conocimientos o información acerca de algo que no conocía previamente; tal información debe contribuir a la prestación de un mejor servicio al paciente.
- Investigar: el profesional utiliza la información procedente del mayor número posible de fuentes para obtener datos acerca del paciente.
- Decidir: el profesional planea el procedimiento a seguir en la asistencia del paciente. Tiene en cuenta todas las facetas del problema y decide cual es la mejor forma de abordar la situación.
- Actuar: el profesional desarrolla en la práctica el plan que ha concebido.
- Discriminar: el profesional establece prioridades mediante la evaluación de los problemas y necesidades del paciente, y para el caso, la comunidad.

Estas cinco etapas son equivalentes al actual proceso de enfermería, pero son un paso determinante para su conformación.

El proceso de enfermería es el método enfermero de intervención, que permite, tras el análisis de un caso-paciente-concreto, crear unas condiciones adecuadas y eficientes con la finalidad de obtener el estado deseado, en palabras de Alfaro, “Es

un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados.”⁶

Las funciones del proceso de enfermería se han calcificado en dos partes: por un lado están las funciones que cumple para las instituciones en las que se desarrolla la actividad enfermera, y en la otra, las funciones que cumple para el propio sujeto, que se servirá de dicho método de intervención durante el desarrollo de su profesión.

De este modo, la intervención enfermera se transforma en un acto consciente, reflexivo y tangible; por lo cual la clave para comprender el proceso, es utilizar un enfoque dirigido a la resolución de los problemas.

Es conveniente utilizar el proceso de enfermería, ya que permite aumentar la calidad de los cuidados, haciendo menos probable que se produzcan omisiones o duplicación en la atención del paciente.

El proceso fomenta el establecimiento y planificación de objetivos mutuos, de forma que tanto el paciente como la enfermera hagan su aportación en el plan de cuidados. Esto ayuda a que el enfermo se sienta parte importante de un equipo que trabaja para cumplir objetivos comunes, y le estimula a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en respuestas humanas, a diferencia del plan de tratamiento médico, que se dirige a tratar la enfermedad.

El proceso representa un plan terapéutico, que pueden emplear las enfermeras para tratar a la persona como un todo (es decir, el paciente es un individuo único que responde a su entorno y estado de salud de una forma particular y que precisará acciones de enfermería adaptadas específicamente a él, no solo a su enfermedad).

La finalidad del proceso es, mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la cantidad y calidad de cuidados necesarios para restituirlo, y en el caso de que no pudiera lograrse el bienestar del paciente; el proceso debe contribuir a proporcionarle una calidad de vida tan elevada como se pueda durante el mayor tiempo posible.

Otro de los beneficios de utilizar dicho proceso es: porque constituye un método organizado para proporcionar cuidados de enfermería, impide omisiones y repeticiones innecesarias, permite una mejor comunicación, se centra en la respuesta humana única del individuo, favorece la flexibilidad necesaria para brindar

⁶ POTTER. P, GRIFFIN A., Fundamentos de Enfermería (2003) Harcourt-Mosby, México. D.F.

cuidados de enfermería individualizados, estimula la participación del paciente, aumenta la satisfacción de las enfermeras ante la consecución de los resultados.

El proceso de enfermería se divide en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La **valoración** se define como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente. Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente.

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida, que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad. Así pues, es necesaria una valoración exacta y completa, lo que debe de llevar al profesional a reunir todos los datos que tenga a su alcance, procedentes de diversas fuentes.

Estas fuentes pueden ser primarias y secundarias, identificando al propio paciente como la fuente primaria, ya que es él quien puede compartir con mayor precisión las percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar, identificar objetivos o problemas concretos y validar respuestas, modalidades diagnósticas o de tratamiento.

Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a las que se pueda tener acceso y que tengan una vinculación con el paciente. Estas, sin duda, son importantes para la confrontación de los datos obtenidos del paciente.

Sin embargo, una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención enfermera; por tanto, es vital establecer un sistema o marco conceptual para determinar que datos deben reunirse en primer lugar, esto dependerá del modelo teórico de enfermería que se utilice para valorar al paciente.

Por ejemplo: en la Teoría de Orem, las prioridades en cuanto al orden en el que se van a recoger los datos, vienen determinadas por los requisitos de autocuidado universales en el orden establecido (aire, alimentación, hidratación, eliminación, actividad-reposo, interacción social, peligros y normalidad), a continuación se recogerá la información relativa a los requisitos del desarrollo, y por último los datos referidos al estado de desviación de la salud del paciente.

Independientemente del modelo empleado se utilizan tres técnicas para obtener información durante esta etapa. Estas técnicas incluyen: entrevista, observación y exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la recogida de datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.

El **diagnóstico** es un juicio acerca del problema de un paciente al que se llega mediante procesos deductivos a partir de los datos recogidos. Dicho diagnóstico constituye la base para establecer objetivos y para plantear intervenciones.

El diagnosticar requiere de una gran capacidad y conocimientos previos para captar los problemas del paciente y emitir juicios; por lo tanto, constituye una de las claves para la práctica eficaz de la intervención enfermera.

La American Nurses Association (ANA) aprobó y legitimo el uso del término diagnóstico de enfermería y de proceso diagnóstico, exponiendo que: “los diagnósticos de enfermería, se obtienen de los datos del estado de salud del cliente.” Esto proporciono al profesional de enfermería un apoyo legal y una obligación profesional de utilizar el proceso diagnóstico para determinar los diagnósticos de enfermería adecuados.

La primera conferencia nacional sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería fue organizada en 1973 y dio lugar a la publicación de la primera lista de diagnósticos. De este modo, la NANDA se desarrolló a partir de un grupo de profesionales de la enfermería, asistentes a dicha conferencia e interesados por el problema de los diagnósticos.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería:

- **Real**, es un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.
- **De alto riesgo**, es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema.
- **De bienestar**, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición, de un nivel concreto de bienestar, a un nivel más elevado.

Se dice que un diagnóstico de enfermería “es un problema de salud real o potencial (de un individuo, familia o grupo) que las enfermeras pueden tratar de forma legal e independiente, iniciando las actividades de enfermería necesarias para prevenirlo, resolverlo o reducirlo”.⁷

Estructura del diagnóstico de enfermería por medio del formato PES.

Gordon en 1976 sugirió el uso del formato PES, el cual consta de los siguientes tres componentes:

- ❖ **Problema de salud:** es el título o etiqueta, la descripción concisa del problema.

⁷ ALFARO ROSALINDA, R. N., M. S. N. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Ed. Doyma. p.p. 157

- ❖ **Etiología:** son los factores que en esa situación contribuyen a causar el problema.
- ❖ **Signos y síntomas:** son las manifestaciones que con frecuencia se ven en ese diagnóstico en particular.

Se recomienda que se utilice la palabra en **relación a** para enlazar el problema con su etiología, se añadirá la palabra **manifestado por**, para describir los signos y síntomas, o características definitorias, que se hayan detectado.

		<i>Ejemplo.</i>
Problema de salud.	Respuesta de la persona.	Dificultad para deambular. Alteración de la piel.
Relacionado con...		Relacionado con...
Etiología	Factores que contribuyen.	Traumatismo, deshidratación, administración de fármacos.
Manifestado por...		Manifestado por...
Signos y síntomas	Manifestaciones más frecuentes.	Dolor, incisión, fiebre, calor.

Se considera este segundo paso como la fase final de la valoración, ya que consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recogido y analizado.

La **planificación** consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente sano o para evitar reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería.

En esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. También se elaboran los objetivos, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones de enfermería.

La planificación como un proceso de toma de decisiones para la elaboración del plan de cuidados, es decir, para la realización de una programación o plan de acción, consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo al modelo teórico y las características del propio paciente.
- Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Desarrollo de las intervenciones de enfermería. Quizá este sea uno de los puntos más cruciales de todo el proceso, ya que con la aplicación de las acciones que se describan en ese momento se confirmará la validez y eficacia del mismo. Obviamente, las acciones deben ir orientadas hacia la

consecución de los objetivos. Así pues, una vez que se haya seleccionado la solución que se considera más idónea deben determinarse las acciones sanitarias orientadas a la consecución de los objetivos.

- Documentación del plan. Finalmente todas las decisiones tomadas durante la planificación deben de ser precisas en el plan de cuidados, constituyendo una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en la que se incluye una descripción de su problema y un problema de actuación para tratar de resolverlos.

La **ejecución** es la puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos que se han propuesto. Se ejecutan intervenciones de enfermería con cretas para modificar los factores que contribuyen al problema del cliente.

Por lo tanto, se trata de la fase del proceso de enfermería orientada hacia la acción directa, en la cual el profesional de enfermería es responsable de la puesta en práctica del plan de cuidados que se elaboró previamente, debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades.

El personal de enfermería ejecuta planes de cuidados en diversos ambientes de atención sanitaria, tales como hospitales, domicilios, centros para enfermos crónicos, escuelas, clínicas, consulta de médicos y otros.

La **evaluación** es la quinta etapa del proceso de enfermería. Es durante esta fase cuando se determinará como ha funcionado el plan de cuidados de enfermería, es decir, tendrá que establecer si el paciente ha alcanzado los objetivos del plan de cuidados.

La evaluación a menudo se le considera la “etapa final” del proceso de enfermería, sin embargo la evaluación se lleva durante todas las etapas del proceso, ya que ayuda a determinar si realmente se ha elaborado el mejor plan de cuidados posibles para el paciente.

También puede identificar los cambios necesarios para mejorar el plan.

La evaluación implica las siguientes actividades:

- Establecimiento de los criterios para la evaluación.
- Evaluación de la consecución de los objetivos.
- Valoración de las variables que afectan la consecución de los objetivos.
- Modificación del plan de cuidados / conclusión de los cuidados de enfermería.

En resumen: las etapas del proceso de enfermería están estrechamente relacionadas entre si. Cada una depende de la precisión de la etapa que la ha precedido. De esta forma, será difícil establecer un diagnóstico correcto si los datos de la valoración son poco fidedignos.

La fase de diagnóstico se relaciona fuertemente con la planificación por dos motivos:

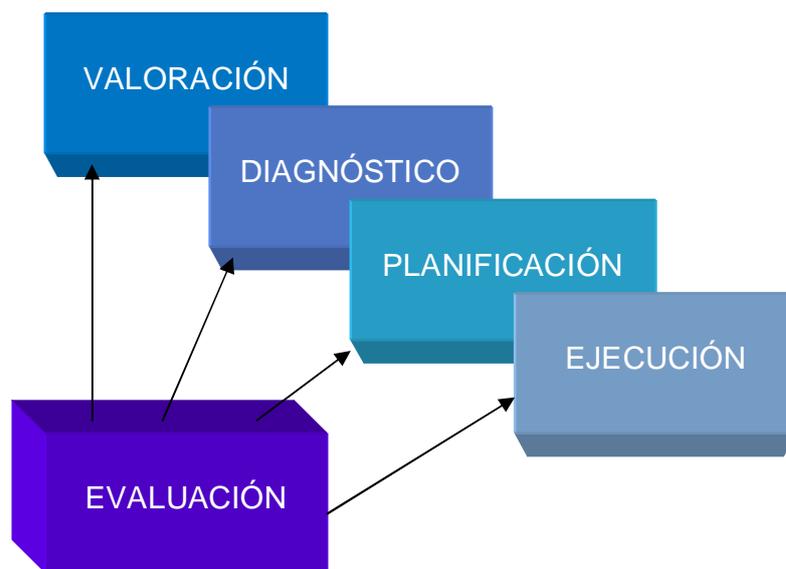
- Los objetivos establecidos y las actividades prescritas durante la fase de planificación derivan directamente de los problemas que haya diagnosticado.
- Las enfermeras empiezan las primeras etapas de la planificación conforme van identificando los problemas de salud.

La etapa de planificación y ejecución también se relacionan entre sí, ya que con frecuencia empiezan a poner en práctica acciones de enfermería antes de haber completado la fase de planificación.

La quinta etapa del proceso de enfermería determina si ha alcanzado los objetivos propuestos en la fase de planificación, mediante tres fases:

- Evaluar la consecución de los objetivos.
- Evaluar las demás etapas del proceso de enfermería para determinar qué factores han contribuido al éxito o fracaso del plan de cuidados.
- Dar por concluidos los cuidados de enfermería si estos ya no son necesarios, o cambiar el plan de cuidados a fin de incorporar las modificaciones pertinentes.

Etapas del proceso enfermero



Este esquema sintetiza la interacción que existe entre las etapas del proceso enfermero.

3.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS - LEGALES

En el estudio de caso se consideran los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de las familias sujetos de estudio. Dentro de las consideraciones éticas se contó con el consentimiento informado de la familia, previo a una explicación clara y completa sobre la justificación y los objetivos del estudio de caso, los procedimientos, los beneficios y la garantía de dar respuesta a cualquier pregunta y aclaración relacionada con el estudio de caso.

En cada *ítem* se dio a la familia la libertad de contestar las preguntas, se ofreció la seguridad de la confidencialidad de la información, dándoles la opción de anotar su nombre si lo consideraban conveniente. En relación a los resultados, los estudios de caso se reservan el derecho de publicación de datos, de identificación de todas aquellas familias detectadas con alguna patología.

Los estudios de caso no implican riesgos para la población en estudio, dado que emplea técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada que llevo a los estudiantes a determinar el déficit de autocuidado. Lo anterior se sustenta en la **Ley General de Salud**, la cual establece en materia de investigación para la salud lo siguiente:

ART. 28 Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para está sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ART: 29 En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse.
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración, a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VII. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

ART. 30 Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no, que el escrito de consentimiento de los sujetos sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad.

En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o de no hacerlo.

4 METODOLOGÍA

4.1 SELECCIÓN DE FAMILIA

Como Sede y área de influencia encontramos al CUEC (Centro Universitario de Enfermería Comunitaria), el cual nos permitió la selección de la familia.

Como estrategia se realizó un recorrido casa por casa por el AGEB 456 en San Luís Tlaxialtemalco, en busca de una familia que quisiera interactuar con nosotros y que presentará predisposición o diabetes mellitus. El día 22 de Febrero del 2006 encontramos a la familia D. O. N., a la cual se le dan a conocer los objetivos de la interacción en beneficio de su salud de acuerdo a intereses y creencias, haciéndoles ver que la información generada se utilizará únicamente con fines académicos, en pro de la creación de conductas saludables que beneficien y prevengan o traten patologías detectadas como obesidad, sobrepeso y diabetes mellitus. Con la confidencialidad necesaria hacia la información proporcionada.

La familia acepta trabajar con nosotros los siguientes problemas identificados:

- Violencia intrafamiliar
- Obesidad y sobrepeso.
- Manejo del estrés y ansiedad

4.2 DESCRIPCIÓN GENERICA DE LA FAMILIA.

La familia D. O. N. , es una familia compuesta, tradicionalista, católica, de bajos recursos económicos; cuenta con ocho miembros: F. P. de 46 años de edad , con escolaridad de primaria incompleta, M. con 33 años de edad escolaridad de primaria incompleta , H. 22 años de edad con carrera técnica de enfermería (hija biológica solo de F. P.), F. H. 16 años de edad estudiante de bachillerato, M. A. 15 años de edad estudiante de secundaria, A. de 3 años y medio, y G. 2 meses (Hijo de H.). Tienen su domicilio en la calle Cerrada de Hortensia # 5, en el pueblo de San Luís Tlaxialtemalco Xochimilco, continúan las tradiciones religiosas, así como los hábitos y costumbres de la zona.

San Luís Tlaxialtemalco. Se encuentra ubicada en una zona agrícola, donde se conservan áreas lacustres, chinampas, así como invernaderos que determinan la organización y modo de vida de los habitantes; se caracteriza por la realización de actividades como floricultura y agricultura.

4.3 VALORACIÓN DE LA FAMILIA

4.3.1 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Viven en una casa prestada por el hermano de M., cuenta con todos los servicios públicos básicos, localizada en una reserva ecológica no incluida en los programas de urbanización del gobierno.

Al realizar las visitas se observó que esta integrada en un primer plano por una construcción vieja y deteriorada, constituida por una cocina-comedor y una sala

donde se percibe humedad y una ventilación deficiente ya que La construcción no permite una buena circulación del aire; lo cual hace que se perciban aromas de la cocina; cuenta con piso de cemento, paredes de tabique y techo de lámina de asbesto, ventanas y puerta externa de cancelería.

En un segundo plano observamos una sola recámara, donde duermen la totalidad de los integrantes de la familia, con puertas, ventanas con marco de madera y por cristal un plástico, piso y techo de cemento, paredes de tabicón, sin acabados.

En un tercer plano, se encuentran dos habitaciones y un baño con todos los servicios, además de acabados los cuales se encuentran cerrados ya que pertenecen al hermano y madre de M. que radican en E. U. A., y son utilizados en las ocasiones que vienen a la Ciudad de México.

4.4 HISTORIA DE PATRONES FAMILIARES

Madre (M):

Proviene de una familia compuesta, en donde sus padres se divorcian para después contraer nupcias con nuevas parejas, generando así nuevas familias.

La madre la abandona al nacer y la deja con su abuela materna, a los siete años regresa por M. para llevarla a vivir con ella y su nueva pareja; es tratada como empleada doméstica, a los ocho años M. es víctima de abuso sexual por parte del padrastro; se realiza la denuncia correspondiente ante las autoridades resultando el encarcelamiento del padrastro sin embargo la madre retira la denuncia y acusa a M. de incitar a su padrastro para el abuso sexual, "tú te le ofreciste", "eres de lo peor", generando desde ese instante culpas y maltrato físico y emocional en su hija, a la cual se le racionaban alimentos y comía en la cocina.

Desde entonces y hasta la fecha M. no ha recibido ayuda psicológica profesional y su autoestima se ha deteriorado.

A los catorce años conoce a F. P. la convence de irse con él a pesar de no estar enamorada y sólo toma esa oportunidad como un escape a sus problemas familiares. Denuncia a F. P. con las autoridades pertinentes por la violencia que éste ejerce sobre la familia, alejándose de él, sin embargo éste regresa por la fuerza a vivir con ella y la familia.

La familia de M. por ambas ramas presenta antecedentes de diabetes, sobrepeso y obesidad.

Padre (F):

Al igual que M. proviene de una familia compuesta donde su madre muere y su padre se une en unión libre con una segunda pareja.

F. P. se une a Ma. E. con quien vive en unión libre, resultando de esta unión cuatro hijos: dos hombres y dos mujeres; Ma. E. deja a F. P. por otra pareja llevándose consigo a los dos hombre y dejando a una de las mujeres con su hermana y a la otra abandonada en el DIF por causas desconocidas, la cual es "rescatada" por M. una vez que se une a F. P.

Este al igual que su padre y su madrastra arrastra un historial de alcoholismo, en la actualidad se encuentra en abstinencia sin tener datos específicos por parte de la familia del inicio de esta conducta, durante la entrevista se hace referencia de la

agresión y violencia que ejerce hacia su familia. Se encuentra expuesto y a su vez expone a su familia a pesticidas y productos químicos, como resultado de su trabajo en una chinampa.

Dentro de la familia de F. P. se encuentran antecedentes de obesidad, alcoholismo y muerte de ambos padres, uno de ellos por cirrosis hepática alcohólica.

H: hija del primer matrimonio del padre.

Proviene de una familia desintegrada donde sus padres se separan y su madre la abandona, llevándose únicamente a sus dos hermanos mayores, a su hermana la deja con una tía materna; mientras que ella es abandonada en el DIF, se desconoce la fecha en la que fue abandonada; es del DIF de donde M. actual esposa de F. P. rescata a H. haciéndola miembro de la familia.

H. se embaraza a los 21 años de un compañero de la escuela, desconoce el paradero de este ya que él decidió desentenderse de la situación por lo cual es madre soltera.

Se desconoce la información acerca de los antecedentes heredo familiares de la familia de H., únicamente se observa una predisposición al sobrepeso por parte de F. P. su padre.

F. H. : hijo del segundo matrimonio del Padre

Adolescente de 16 años que se encuentra estudiando el bachillerato, lleva una vida sometida a estrés con limitaciones económicas y de tiempo, es tímido y se muestra renuente a nuestras intervenciones; inicia sus actividades por la madrugada y con frecuencia duerme tres o cuatro horas diarias, coopera con las actividades de la casa y por las mañanas realiza sus deberes personales y sus tareas escolares. La comunicación con su padre es limitada al contrario de su madre, con la que convive mayor tiempo e incluso demuestra afecto.

Dentro de su familia se encuentran antecedentes de alcoholismo, sobrepeso y obesidad.

M. A. : hija del segundo matrimonio del padre

Adolescente de 15 años de edad que se encuentra estudiando la secundaria con un horario de 7:00 a 15:00 hrs. por lo cual no logramos entrevistarla con ella, es a través de su familia que sabemos que lleva una mayor comunicación con su hermano F. H.

A. : hija del segundo matrimonio del padre .

Es una niña de tres años que durante las visitas domiciliarias se aísla y se muestra huraña, no nos permite la socialización ni el contacto físico, se muestra a la defensiva y cuando puede evadirnos lo hace. Presenta actitudes que muestran celos hacia G. (H. refiere que antes de embarazarse de G. "mi mundo era A., todo mi dinero era para comprarle cosas a ella").

G. : hijo de Herlinda

Es el miembro más reciente de la familia, es cuidado por M. y H. y según nos refieren durante las noches en que H. sale a trabajar no duerme hasta que ella regresa a casa.

4.5 ESTRUCTURA FAMILIAR

- **Estructura del rol**

F. P. adopta el rol de jefe de familia, proveedor económico y dominador de la situación familiar por medio de la violencia física, verbal y emocional que ejerce hacia su familia, se observó durante la primera entrevista el ambiente estresante y hostil que la familia presentó a la llegada inesperada de este, notando ansiedad, nerviosismo y angustia, por lo que decidimos retirarnos y continuar la entrevista posteriormente.

M. adopta el rol de madre, cuidadora del hogar, proveedora económica de manera inconstante ya que lava ropa ajena y teje rebozos para vender. Junto con H. toman decisiones sobre la salud de la familia.

H. tiene un rol de hija, proveedor económico, y junto con M. se encarga del cuidado del hogar y educación de sus hermanos.

F. H. tiene el rol de hijo, estudiante y colabora junto con H. y M. en la elaboración de alimentos y en los quehaceres del hogar.

M. Á. tiene el rol de hija, estudiante y colabora en los quehaceres del hogar.

A. tiene el rol de hija.

G. tiene el rol de hijo de H.

- **SISTEMA DE VALORES**

Los límites son marcados por F. P. y M., siendo rígidos hacia su familia imponiendo horarios y dando o no permisos.

La familia acostumbra acudir a misa los domingos y días festivos religiosos, principalmente la fiesta de San Luís Tlaxiátemalco, festejan fiestas tradicionales como son: semana santa, el 12 de Diciembre, posadas, navidad, etc.

El respeto hacia los padres es un valor muy marcado dentro del ámbito familiar, fomentado principalmente por las conductas correctivas agresivas que se dan hacia los hijos, deben hablarles de "usted".

Los permisos son inflexibles ya que únicamente les permiten estar en reuniones hasta las 19:00 hrs. además de que deben regresar inmediatamente al hogar después de que terminan sus actividades escolares, la comida es el eje sobre el cual la familia se reúne, siendo los horarios para el desayuno 11:00 hrs., comida 18:00 hrs. y la cena informal.

Durante las intervenciones refieren que la familia no tiene contacto con su comunidad ya que F. P. no permite su interacción social.

La familia esta influenciada por una cultura tradicionalista al observar en su sala lugares importantes para figuras religiosas, fotografías y recuerdos de eventos

sociales como: XV años y boda, una mesa llena de muñecos de peluche que pertenecen a M. A. y A. Observamos una gran cantidad de botellas de tequila, mezcal y ron ocupando un lugar central en la vitrina de la sala.

- **PROCESO DE COMUNICACIÓN**

La comunicación de F. P. hacia los integrantes de su familia es débil, estresante, de conflicto e inexistente, impone reglas estrictas e inflexibles, ejerce un control basado en violencia física, emocional y verbal.

Cuando los integrantes de la familia intentan acercarse y tener comunicación o realizar una petición reacciona de acuerdo a su estado de ánimo, que va desde la violencia verbal hasta los golpes. (A pesar de que tratamos de incluirlo dentro de las intervenciones, él no permitió contacto alguno con nosotros).

La comunicación por parte de M. hacia sus hijos es aceptable y fuerte, refieren expresiones físicas y verbales de afecto entre todos los miembros de la familia, exceptuando a F. P. que demuestra poco interés para mejorar la comunicación familiar.

Los integrantes de la familia denotan indiferencia cuando están molestos con los demás miembros, ignorándolos por algún tiempo hasta que llegan a una reconciliación.

Hay una alianza entre M. y H. en contra de F. P. para toma de decisiones educacionales y del hogar; por lo cual H. y M. adoptan un papel importante dentro del sistema parental, quedando F. P. fuera de este sistema, F. H. y M. Á. hacen alianza en contra de los demás miembros de la familia en un afán de competitividad; está se observa más de parte de A. hacia G., ya que este vino a desplazarla del lugar que ella tenía, el sistema maternal se ve cubierto por M., así como el sistema fraternal se cubre dentro de la familia ya que los hijos tienen una buena relación interna, pareciera que M. y H. también se encuentran dentro del sistema fraternal. El sistema marital es medianamente cubierto ya que a pesar de existir esposo y esposa, estos no desempeñan sus funciones como tales, ya que M. y F. P. se encuentran en un distanciamiento sexual, de acuerdo a referencias de M.: F. P. la arremete sexualmente por lo cual ella lo evita.

4.6 ESTRUCTURA DEL PODER

F. P. es quien aporta económicamente a la familia al igual que H. y eventualmente M., sin embargo M. y H. adoptan el papel parental en cuanto a la toma de decisiones educativas y del hogar, M. ejerce, afronta y resuelve los problemas familiares que surgen a través de gritos y golpes.

F. P. al verse despojado de su lugar ejerce su autoridad a través de groserías y golpes.

El subsistema marital se ve afectado, ya que no sostienen intimidad debido al maltrato físico, emocional y verbal que ejerce F. P. sobre M. Esta agresión se incrementa en F. P. ya que M. se niega a estar con el en la intimidad.

El subsistema fraternal se mantiene una estrecha comunicación a través de la plática continua y en los momentos en los que están molestos se gritan. Es importante recalcar que M. y H. mantienen una relación fraternal.

FUNCIONES AFECTIVAS

La familia a excepción de F. P. expresa su cariño a través del contacto físico y por medio de cartas y recados.

El enojo lo manifiestan por medio de la indiferencia, exceptuando a F. P. quien grita y agrede física, emocional y verbalmente, A. (hija) manifiesta su enojo a través de gritos.

FUNCIÓN DE SOCIALIZACIÓN

Los integrantes de la familia se reparten las actividades relacionadas con el hogar, siendo M., H. y F. H. los encargados de la elaboración de alimentos, si no se cumple con las actividades asignadas se les llama la atención y no se realiza la actividad hasta que la persona lo haga. Solo F. P. es el único que no realiza actividades dentro del hogar.

No existe un apoyo externo en el cuidado de los hijos, sin embargo M. y H. se rolan esta actividad para el cuidado de A. y G. de acuerdo a los tiempos y actividades que tengan que realizar.

Se observa una mala relación de F. P. hacia su familia y de A. hacia G. por el lugar del que la desplazó.

FUNCIÓN REPRODUCTORA

M. al igual que H. no tuvo una orientación sexual ya que fueron objeto de abuso sexual a los 8 y cinco años.

F. H. y M. A. han recibido la orientación sexual por medio de M. quien responde sus dudas y explica los cambios normales de la adolescencia.

Dentro de la familia no existen planes para tener más hijos.

De acuerdo a lo que M. nos comentó existe problema para ejercer su sexualidad ya que F. P. la agrede física, emocional, verbal y sexualmente, por lo que M. se niega a entablar intimidad con él. Ella refiere, "pasan cosas horribles cuando estoy con él" "me obliga". Refiere además que "hace tiempo lo denunció pero él nunca acudió a la cita y desde entonces las cosas empeoraron".

FUNCIÓN ECONÓMICA

Está la resuelven F. P. principalmente quien aporta \$700.00 semanales, H. quien aporta \$1500.00 quincenales y M. eventualmente, sin embargo son M. y H quienes toman las decisiones para satisfacer las necesidades de alimento, ropa, vivienda y servicios de salud.

FUNCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

Solo H. y G. cuentan con seguridad social, los demás acuden al Centro de Salud o a la farmacia de Similares cuando se enferman, no utilizan ningún tipo de medicina

tradicional, realizan actividades para su autocuidado como son: lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, lavar frutas y verduras desinfectándolas con cloro, consumiendo agua embotellada, y realizando actividades de higiene como son el baño y cambio de ropa diario, se lavan los dientes dos veces por día. En época de verano incrementan la toma de líquidos para evitar la deshidratación y en invierno consumen mayor cantidad de líquidos y se abrigan adecuadamente.

4.7 REQUISITOS UNIVERSALES

1.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

Este Requisito se encuentra cubierto con un aporte suficiente de aire para la familia aunque este no sea adecuado debido a factores externos como son: olor de animales muertos y de basura, se ejercen conductas preventivas en épocas de frío como: mayor ingesta de líquidos y cubrirse adecuadamente. Se encuentran tres construcciones dentro del mismo terreno; la primera es sala comedor donde hay una ventana pequeña arriba de la estufa y la puerta permanece abierta. En la sala hay un ventanal. En la segunda construcción que es la habitación de ellos se encontró solamente una ventana pequeña cubierta con un plástico en lugar de vidrio y una puerta. En la tercera construcción se observó un cuarto de mejor calidad con una ventana grande y una puerta, la cual permanece cerrada con llave.

2.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

Este requisito se encuentra cubierto por La familia, al contar con abasto suficiente de agua potable entubada. La familia consume coca cola diariamente y agua purificada la cual preparan con fruta de temporada.

3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

Este requisito no se ve cubierto de manera idónea ya que la familia no lleva un equilibrio en las cantidades correspondientes de alimentos de acuerdo a edad y sexo así como en la misma dieta, incrementando el consumo de carbohidratos, lo que ha generado obesidad en algunos de ellos y sobrepeso en otros.

4.-PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS DE ELIMINACIÓN

La familia cuenta con los servicios básicos de drenaje, solo cuentan con un solo baño.

5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

Existe un desequilibrio entre las horas laborables y las horas de descanso, está presente el sedentarismo en la familia ya que prefieren ver televisión o tejer.

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL.

Las reglas de la familia son rígidas lo cual hace que algunos de los miembros de la familia se aislen y no permite la socialización

7.- LA PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

La familia coloca las sustancias nocivas fuera del alcance de los niños, el padre después de la utilización de pesticidas guarda su ropa en una bolsa la cual lavan separadamente, sin embargo M. lava la ropa sin ninguna protección.

8.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES.

Los hijos tienen únicamente interacción social en la escuela y solamente van a casa de amigos cuando tienen un trabajo que realizar, la relación con vecinos es distante mientras que con la familia lo es aún más, esto debido a la historia personal de M. y a las imposiciones de F. P.

7 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO.

ETAPA DE DESARROLLO FAMILIAR:

Este requisito está alterado, se observa la utilización de fertilizantes y pesticidas sin protección por parte del padre y el maltrato psicológico que sufre la madre por parte de sus familiares, de su marido y la falta de atención especializada para dos de los miembros de la familia, lo que no les ha permitido afrontar el abuso sexual del que fueron objeto.

8 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

Este requisito no está cubierto ya que la familia tiene total desconocimiento del problema que tienen y las consecuencias que les puede ocasionar el sobrepeso y la obesidad, así como la violencia familiar que viven diariamente, por lo que se hacen de su conocimiento estos problemas.

FASES DEL CICLO VITAL

Se encuentran en la **cuarta etapa** la cual refiere a familias con niños en edad escolar (entre 6 y 13 años), en esta etapa se presenta una readaptación de nuevos miembros a la familia, se inicia la incorporación de vínculos extra familiares y hay un reajuste marital.

En la **sexta etapa** donde la familia cuenta con miembros adolescentes con hijos entre (13 y 20 años), esta etapa es de mucho estrés para la familia ya que “los adolescentes sufren muchas crisis de identidad que implican períodos de estrés para la familia”²⁷

En la **séptima etapa**: o en proceso de emancipación, es aquí donde se da la aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar, afrontando las dificultades derivadas de los hijos, el establecimiento de una relación adulto- adulto, la inclusión de familias políticas.

En la **novena etapa**: Está nos habla del nacimiento del primer nieto, donde se da la adaptación de cambios generacionales y la creación del rol de los abuelos.

Se encuentra estrés por la violencia verbal, emocional y física de la cual son sujetos los miembros de la familia por parte de F. P.

Se observó motivación por parte de algunos miembros de la familia como son: M. y H. las cuales aceptaron las intervenciones realizadas, no logramos entablar relación con A. debido al horario escolar, hubo indiferencia por parte de F. H. quien solo mostró interés las dos primeras visitas y A. con quien solo logramos entablar relación al final de las intervenciones. Nunca se logro entablar una relación con F. P. ya que este se negó a entrevistarse con nosotros.

4.8 CRONOGRAMA

El día 22 de Febrero del 2006 se da a conocer los objetivos de la intervención así como las implicaciones éticas de está (Realización del diagnóstico de salud y aplicación del proceso atención enfermería).

El 27 de Febrero del 2006 se aplica el instrumento familiar y se realiza el genograma y ecomapa familiar.

El 06 de Marzo del 2006 se toma tensión arterial, índice de cadera – cintura, peso y glucosa de cada integrante de la familia que se encuentre presente.

El 08 de Marzo del 2006 se realiza la identificación y priorización de los problemas detectados, comentándolo con la familia para saber su interés acerca del problema que quieran abordar, decidiendo abordar la obesidad y sobrepeso se investiga sobre presupuesto y preferencias nutricionales.

El día 09 de Marzo del 2006 se realiza una investigación de precios en el mercado para la creación de un platillo inteligente.

El día 14 de Marzo del 2006 se realizan dos intervenciones: Orientación nutricional y elaboración de platillo inteligente en base a gustos y presupuesto familiar.

El 21 de marzo del 2006 se aplican dos intervenciones: orientación sobre control de ansiedad y Técnica de respiración y relajación.

El 23 de Marzo del 2006 se da orientación de beneficios de actividad física y realización de rutina de ejercicios. Este mismo día se agradece a la familia y se realiza la despedida de esta.

4.9 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Ansiedad **relacionada con** deficiente manejo de emociones **manifestado por** ingesta frecuente de alimentos.

Objetivo: Disminuir el nivel de ansiedad que genera la sobrealimentación dentro de la familia a través de diferentes técnicas de relajación

“Intervención: Disminución de la ansiedad.

- ❖ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- ❖ Esclarecer claramente las expectativas del comportamiento de la familia.
- ❖ Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
- ❖ Tratar de comprender la perspectiva de la familia sobre una situación estresante.
- ❖ Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- ❖ Permanecer con la familia para promover la seguridad y reducir el miedo.
- ❖ Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.
- ❖ Escuchar con atención.
- ❖ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ❖ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
- ❖ Orientar a la familia sobre el control de la ansiedad y aplicación de técnica de relajación y respiración.
- ❖ Favorecer una respiración, lenta, profunda, intencionadamente”.⁸
- ❖ Buscar un ambiente favorable, colocar música clásica o para relajación.
- ❖ Generar un aroma que favorezca la relajación a través de velas aromáticas.

Fundamentación: El estrés o ansiedad produce una necesidad convulsiva de ingerir alimentos por encima de nuestras necesidades calóricas. “Speads recomienda la técnica de respiración para: el insomnio, los mareos, el equilibrio, fumar, comer demasiado, dolores de cabeza, depresiones, sobreexcitación, miedo al público, nerviosismo de los artistas durante la espera antes de reanudar una representación, dificultades para concentrarse, mala memoria y creatividad bloqueada”.⁹ Las Técnicas de respiración entran dentro de los clásicos orientales como son: el yoga, el Oigong y el Tai Chi.

⁸ Mc. CLOSKEY C. JOANNE, BULECHEK M. GLORIA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª. Edición, Ed. M M Mosby. Madrid, España 2001.

⁹ www.megasalud.net/consejos/nutricion/nutricion_equilibrada.asp - 18k

Evaluación: Posterior a la técnica de respiración, se dan unos minutos para compartir las experiencias vividas por los miembros de la familia; donde nos expresan las sensaciones de tranquilidad, disminución en dolores articulares, sensación de bienestar y la observación del color azul durante la técnica, lo cual nos indica la obtención de buenos resultados ante la implementación de la intervención.

2.- Hábitos alimenticios nocivos **relacionado con** falta de conocimiento acerca de los conceptos fundamentales de la nutrición **manifestado por** ingesta de dieta no balanceada con incremento en grasas, carbohidratos y abuso de alimentos chatarra.

Objetivo: Dar a conocer a la Familia los beneficios de una buena nutrición y las complicaciones que puede desarrollar una mala nutrición como son: obesidad y sobrepeso.

“Intervención: Asesoramiento Nutricional.

- ❖ Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- ❖ Establecer la duración de la relación de asesoramiento.
- ❖ Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios de la familia.
- ❖ Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se deseen cambiar.
- ❖ Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar a la familia a valorar la conveniencia de la ingesta.
- ❖ Colocar material informativo atractivo de guía de comidas (Pirámide de guía de alimentos).
- ❖ Determinar el conocimiento por parte de la familia de los cuatro grupos alimenticios: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta.
- ❖ Comentar los gustos y aversiones necesarias de la familia.
- ❖ Discutir los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto”.¹⁰

Fundamentación: “Una buena nutrición necesita de una dieta que contenga todos los grupos alimentarios y se respeten las porciones de cada grupo definido en la pirámide alimentaria”,¹¹ Ya que una buena nutrición nos ayuda a combatir las infecciones y a prevenir casos de obesidad o sobrepeso dentro de la familia.

3.- Sobrepeso y obesidad **relacionada con** malos hábitos alimenticios, dieta alta en carbohidratos, con escasas frutas y verduras, sedentarismo, ansiedad y consumo excesivo de calorías **manifestado por** incremento de la masa corporal en miembros de la familia.

¹⁰ Mc. CLOSKEY C. JOANNE, BULECHEK M. GLORIA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª. Edición, Ed. M M Mosby. Madrid, España 2001.

¹¹ www.botanical-online.com/medicinalsmetabolismo.htm - 26k (12-abril-2006)

Objetivo: Elaborar planes alimenticios de acuerdo al presupuesto y cultura familiar que contengan los nutrimentos necesarios

Intervención: Manejo de la nutrición.

- ❖ Elaboración de un platillo inteligente de acuerdo al presupuesto familiar, en base a los nutrientes requeridos en la pirámide nutricional.
- ❖ Acudir al mercado de la comunidad por la investigación de costos alimenticios.
- ❖ Comentar los gustos y aversiones de la familia por los alimentos.
- ❖ Conocer más acerca de las fiestas recurrentes dentro de San Luís Tlaxialtemalco y de lo que regularmente se consume en estas.
- ❖ Comentar con la familia aquellos alimentos que se consumen entre comidas.
- ❖ Orientar sobre el beneficio de consumir e integrar los cuatro grupos alimenticios.

Fundamentación: La elaboración de un platillo inteligente en base al presupuesto familiar y con el contenido de los alimentos incluidos en la pirámide nutricional, nos permite generar conciencia sobre la importancia de mantenerse nutridos sin tener que consumir alimentos baratos que no cubran los requisitos necesarios de nutrimentos para la familia, previniendo de esta manera la aparición de sobrepeso y obesidad.

Evaluación: Se observaron buenos resultados ya que la madre de la familia identifico los nutrientes que este platillo les brinda y elaboró el platillo con buena disposición y agrado, en ocasiones posteriores a la implementación de la intervención.

4.- Alto riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas **relacionado con** alimentación alta en carbohidratos, manejo inadecuado de ansiedad y estrés, sedentarismo, desconocimiento y nula aplicación de conceptos básicos de nutrición y dieta equilibrada

Objetivo: Favorecer la integración familiar a través de la ejecución de rutinas de ejercicios que beneficien la salud. Previniendo la aparición de complicaciones como las enfermedades crónico degenerativas.

Intervención: Fomento del Ejercicio.

- ❖ Valorar las ideas de la familia sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
- ❖ Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
- ❖ Informar a la familia acerca de los beneficio para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- ❖ Instruir a la familia acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseada de los ejercicios del programa.

- ❖ Instruir a la familia en los ejercicios de precalentamiento y relajación adecuados.
- ❖ Enseñar a la familia técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.
- ❖ Realizar una rutina de ejercicios que permitan disminuir la ansiedad, el estrés; favorecer la integración familiar permitiendo el control y prevención de la obesidad y el sobrepeso, así como las complicaciones que estos puedan atraer como son las enfermedades crónico degenerativas”.¹²

Fundamentación: La falta de ejercicio o sedentarismo disminuye la capacidad de adaptación a la actividad física. A su vez, la proporción de grasa es cada vez mayor en relación con los demás tejidos, aunque no necesariamente haya aumentado de peso, debido a la disminución de la masa muscular; esto es más frecuente en gente que realiza un trabajo sedentario (como estar sentado frente a una computadora), el inicio de actividad física en este tipo de personas sin haber realizado un entrenamiento previo podrá generar el padecimiento de dolores y molestias el día y los días consecutivos a la actividad. El sedentarismo acarrea también disfunciones orgánicas: estreñimientos, várices, propensión a la inflamación de los órganos abdominales (provocada por distensión de los músculos debilitados de la pared abdominal), sensación de fatiga y dolores de espalda, entre otros. La realización de actividad física en conjunto (familiar), nos permite la interacción de los sujetos generando una mayor adaptación y comunicación entre ellos.

Evaluación: La familia identificó problemas padecidos generados por la inactividad, así como las complicaciones que el sedentarismo puede ocasionar, refirió las ventajas que el ejercicio proporciona y benefició en la interacción y comunicación familiar, haciendo que la actividad resultará agradable y divertida ya que la familia implemento sus propios ejercicios en base a sus gustos. Al término de la intervención se realizaron comentarios positivos en cuanto a la sensación de bienestar que esta actividad les generó.

¹² Mc. CLOSKEY C. JOANNE, BULECHEK M. GLORIA. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª. Edición, Ed. M M Mosby. Madrid, España 2001.

5 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El sobrepeso así como la Obesidad en México y en el mundo es una patología que va en incremento , sin embargo la sociedad, el gobierno y los mismos trabajadores de la salud se comportan indiferentes ante una situación que en un futuro próximo cercano, y puede ser que desde este presente; nos este afectando como sociedad, ya que las complicaciones que esta patología pueden ocasionar generan costos elevados en la familia y en la sociedad, estas personas ocupan espacios hospitalarios y tratamientos costosos que a veces pueden no ser benéficos .

La misma sociedad critica y juzga a la gente con obesidad generándoles una conducta deficiente de amor a si mismos (autoestima baja) lo que ocasiona un mayor estrés social y ansiedad, haciendo que coman compulsivamente.

Se habla del cambio de conductas en pro de la generación de estilos de vida saludables, sin embargo se observa que el cambio de estas es sumamente difícil y se requiere más que la disposición del individuo o familia para lograrlo, se requiere del apoyo social, familiar e individual para tener el éxito que se espera.

La situación social en la que se esta inmerso actualmente, la tecnología, el bombardeo de los medios televisivos y la violencia en las calles hace que cada vez más, los adultos y niños pasen más tiempo en casa frente al televisor o algún video juego, no fomentando la actividad física o deporte dentro de la familia.

Al proporcionar la orientación nutricional necesaria en base al presupuesto familiar y no generalizando, se generaría un mayor impacto. Si se hace conciencia y se inicia una preocupación sobre el bienestar de nuestro organismo se lograría identificar las barreras a vencer y como hacer para alcanzar el éxito.

Las complicaciones que esta patología desata son enormes ya que pueden ir desde diabetes, hipertensión, enfermedades psicológicas hasta la muerte, lo cual no seria válido si existe la manera de prevenir, la venta informal de medicamentos "milagrosos" para bajar de peso sin ningún control médico lleva a lo antes mencionado.

La familia en la que interactuamos tiene su foco de ansiedad y estrés en la mala comunicación y en la violencia que ejercen dentro de está, al mejorar la comunicación también puede mejorarse los hábitos alimenticios

Se sugiere que el tiempo de práctica sea mayor para poder intervenir a la familia profundamente y lograr impacto en las intervenciones que se planteen. Mayor tiempo para interactuar con la familia y la participación del grupo interdisciplinario, como de otras especialidades para la mejoría en estilos de vida, **si se desconoce que puede generarse una mejor calidad de vida, se debe erradicar esta ignorancia y mantener de la mejor manera posible la calidad de vida para todos los seres humanos.**

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO ROSALINDA, R. N., MSN. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Ed. Doyma. Pp. 157

BERMAN, E, y LIEF, H. (1975): Marital Psychotherapy From a psychiatric perspectiva: An Overview. American Journal of Psychiatry, 132, 6; 583-592.

CORSI J. Abuso Y victimización de la mujer en el contexto conyugal. Violencia Doméstica, Cuernavaca Mor., CIDHAL/PRODEC/CDBH,1998

ELU et. al. pp. 613-614 La Familia, Academia Mexicana de Pediatría, A.C., Editores de Textos Mexicanos, México D.F. 2004.

ESTRADA INDA LAURO. El Ciclo Vital de la Familia. 10ª. Edición. Ed. Posada, S. A. de C. V.. 1993. p. 133

JAFFE, S. MARIE, ROTH, SKIDMORE LINDA. Enfermería en Atención Domiciliaría, Valoración y Planes de Cuidados. 3ª. Edición. Ed. Harcourt Brace. España 1998.p. 483.

JOHNSON MARION, MAAS MERIDEAN, MOORHEAD SUE. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) Nursing outcomes classification (NOC), 2a. edición, Ed. MM Mosby, Madrid, España 2001.

KAUFMAN M., Hombres, poder, placer y cambio. Santo Domingo, CIPAF, 1989).

KIRSTA ALIX. Superar el estrés, como relajarse y vivir positivamente. Programas Educativos S.A. de C. V. Londres 1986. p. 100, 112, 48, 126, 129.

KIVEL P. MEN'S WORK. How to stop the Violence that Tears Our Lives Apart. Minnesota: Hazelden Educational Materials, 1992

KORIN D., La Familia, Academia Mexicana de Pediatría, A.C., Editores de Textos Mexicanos, México D. F. 2004. pp 548-549

LATORRE P, J.M. BENEIT, M. P.J. (2003) Psicología de la Salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Ed. Lumen. Argentina.

MARGAREY AM, DANIELS LA, BOULTON TJ. Prevalence of overweight and Obesity in Australian children and adolescents reassessment of 1985 and 1995, date against, new standard international definitions .Med J Aust 2001: 174, 561-564.

MC. CLOSKEY C. JOANNE, BULECHEK M. GLORIA, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª. Edición. Ed. MM Mosby. Madrid, España 2001.

OREM E. DOROTHEA. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica. Masson, 1993.

RAMOS CALERO ENRIQUE. Enfermería Comunitaria, Métodos y Técnicas. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Octubre 2002. p. 55- 64

RUÍZ G., La Familia, Academia Mexicana de Pediatría, A.C., Un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Editores de Textos Mexicanos, México D.F. 2004. pp 405

TAPIA CONYER ROBERTO. El Manual de Salud Pública .2ª. Edición. Ed. Intersistemas S. A. de C. V. México. 2006. p. 1037

TROIANO, RD, FLEGAL, KM, Overweight in children an adolescents, description, epidemiology and demographics. Pediatrics. 1998. p. 497-504.

VENGUER et. al., Violencia Doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. The Population Council, 1998.

6.1 REFERENCIAS HEMEROGRÁFICAS

ALATORRE WINTER 2000 E. Violencia Familiar y Salud, Revista de Enfermería IMSS 2000; 8 (1): 51-55.

DÍAZ GÓMEZ J Y COLS. Resultados de la Intervención Educativa en Pacientes con Obesidad. Nutrición Hospitalaria. (2002) 17 (2). 93-96.

FERRER PERÉZ V. A., BOSCH FIOL E. Consecuencias del maltrato sobre la salud física y mental de la víctima: algunos datos empíricos, Psicología y Salud vol. 12, No. 1, Enero-junio 2002 pp. 30.

MM O'BRIAN and cols. The Importance of composite foods for estimates of vegetable and fruit intakes. Public Health Nutrition. Vol. 6. N. 7 October 2003. p.711-726

NAYLOR JEAN PATTI, y COLS: ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO Action Schools! BC (¡Escuelas en acción! en Columbia Británica): un enfoque socioecológico para modificar los factores de riesgo de enfermedades crónicas en niños escolarizados en escuelas primarias. Public Health. Vol.3 N. 2. Abril 2006.

NESTEL PENELOPE and RUTSTEIN SHEA. Defining nutritional status of woman in developing countries. Public Health Nutrition. Vol. 5.N.1. p. 17-27

NEUTZLING B MARILDA and Cols. Risk factors of obesity among Brazilian adolescents: a case- control study.Public Health Nutrition. Vol. 6. N. 8. December 2003. p. 743-749.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-174-SSA1-1998, PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD. Vol. 4 No.1 Enero-Marzo 2003

PAJUELO JAIME y COLS. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol.61. N. 4.p. 265.

R. STURM, A. DATAR. Body mass index in elementary school children, metropolitan area food prices and food outlet density. Public Health. Vol. 119. N.12. December 2005. p. 1059-1068.

BARRANCO GONZÁLEZ JORGE. Obesidad. Boletín Médico del Hospital Infantil. Vol. 61. septiembre- octubre 2004

6.2 REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

enfermeria.udea.edu.co/revista/sep99/capacidades.htm - 47k (4-03-06)

novedades/Actividad%20o%20Sedentarismo.htm - 14k – (22- abril- 2006)

perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_obesidad.htm - 40k (07-03-06)

www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/ (24-abril-2006)

www.botanical-online.com/medicinalsmetabolismo.htm - 26k (12-abril-2006)

www.cop.es/colegiados/M-00451/Tecnicas.html - 72k (12-abril-2006)

www.megasalud.net/consejos/nutricion/nutricion_equilibrada.asp - 18k (10-marzo-2006)

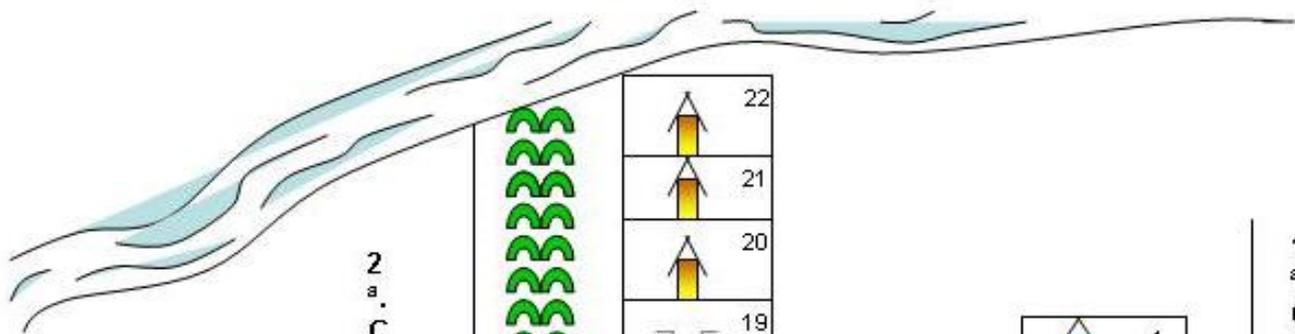
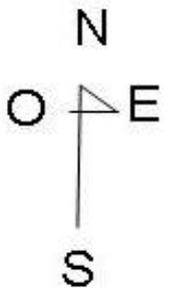
www.monografias.com/trabajos15/intervención-en-crisis.5html-35k (05-05-06)

www.nfr.ufsc.br/texto&contexto/SUMARIOS/vol14n2%20espanhol.doc – (05-03-06)

ANEXOS

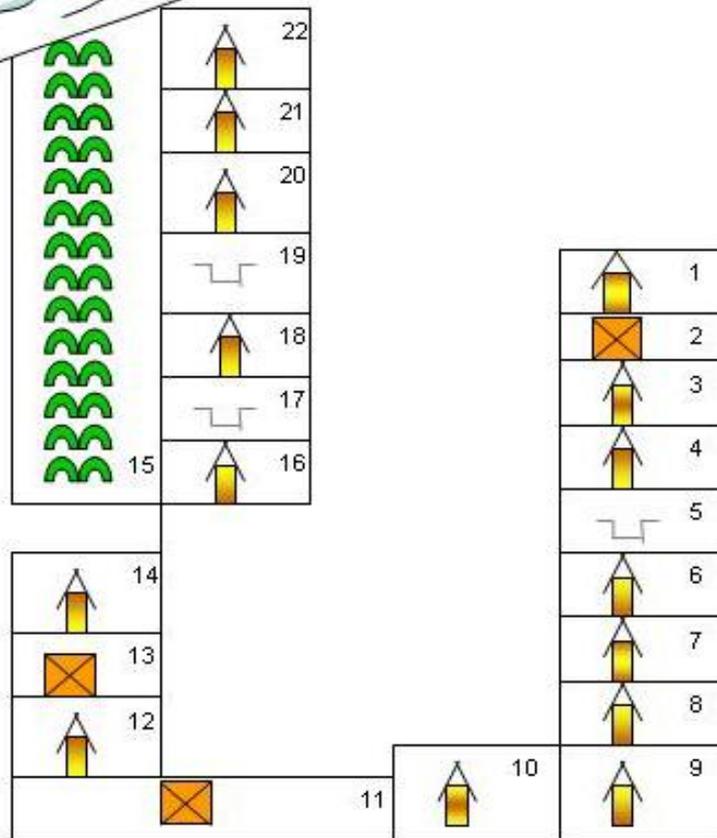
CROQUIS

AGEB 052-57
SECTOR 9



MZA. 1

2^a. C D A
D E
H O R T E N C I A

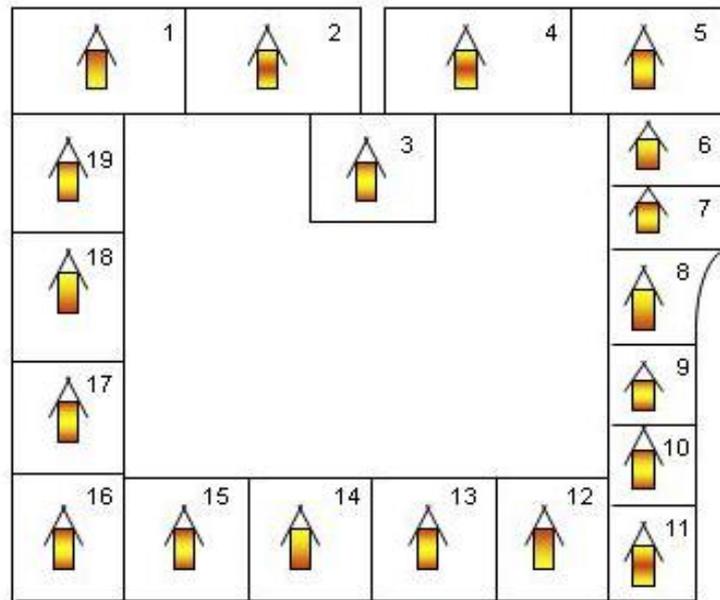


1^a. C D A
D E
H O R T E N C I A

H O R T E N C I A

MZA. 2

J A Z M I N



A G R I C U L T O R

C A M E L I A

CULTIVO

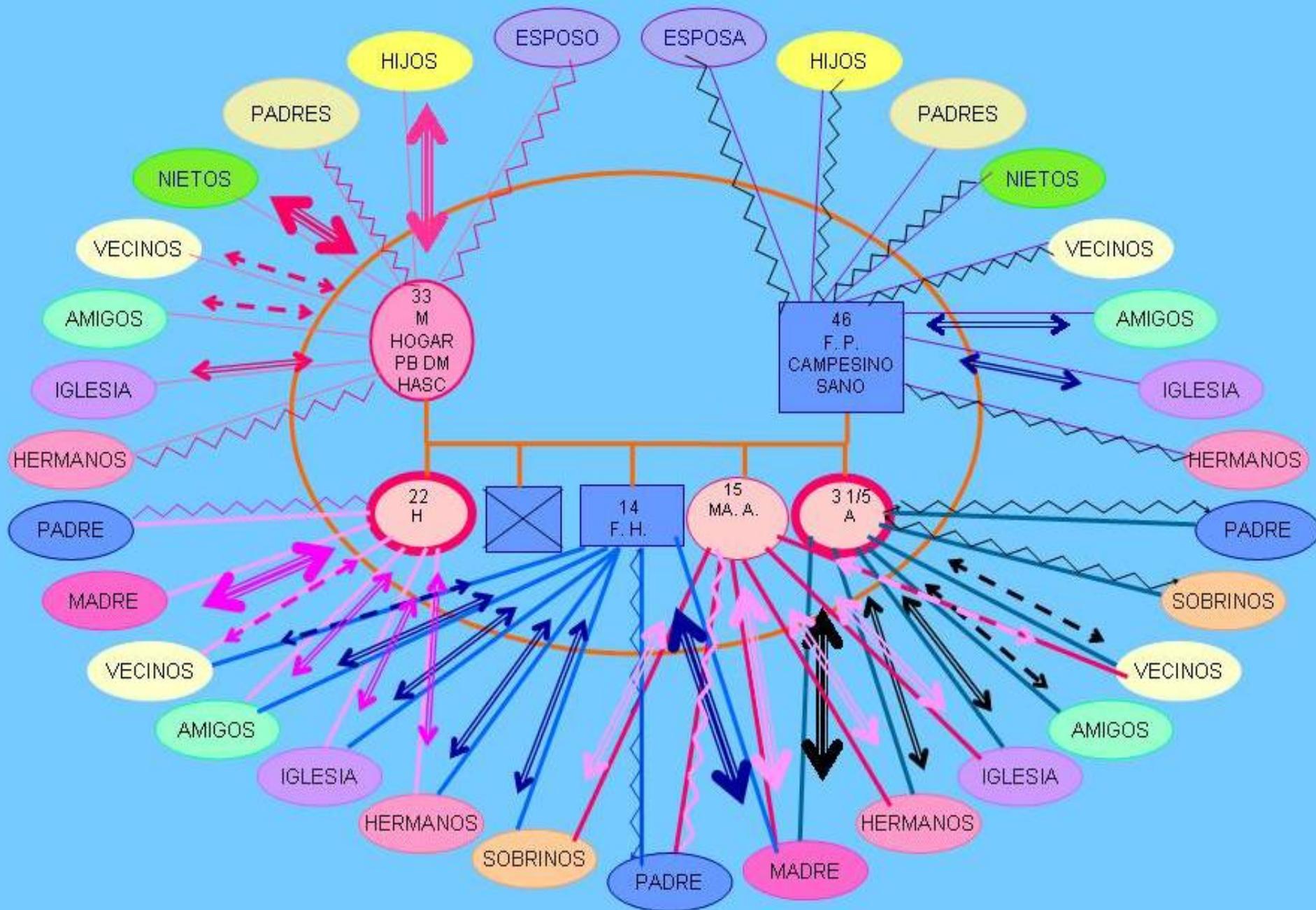
CASA

BALDIO

CONSTRUCCION

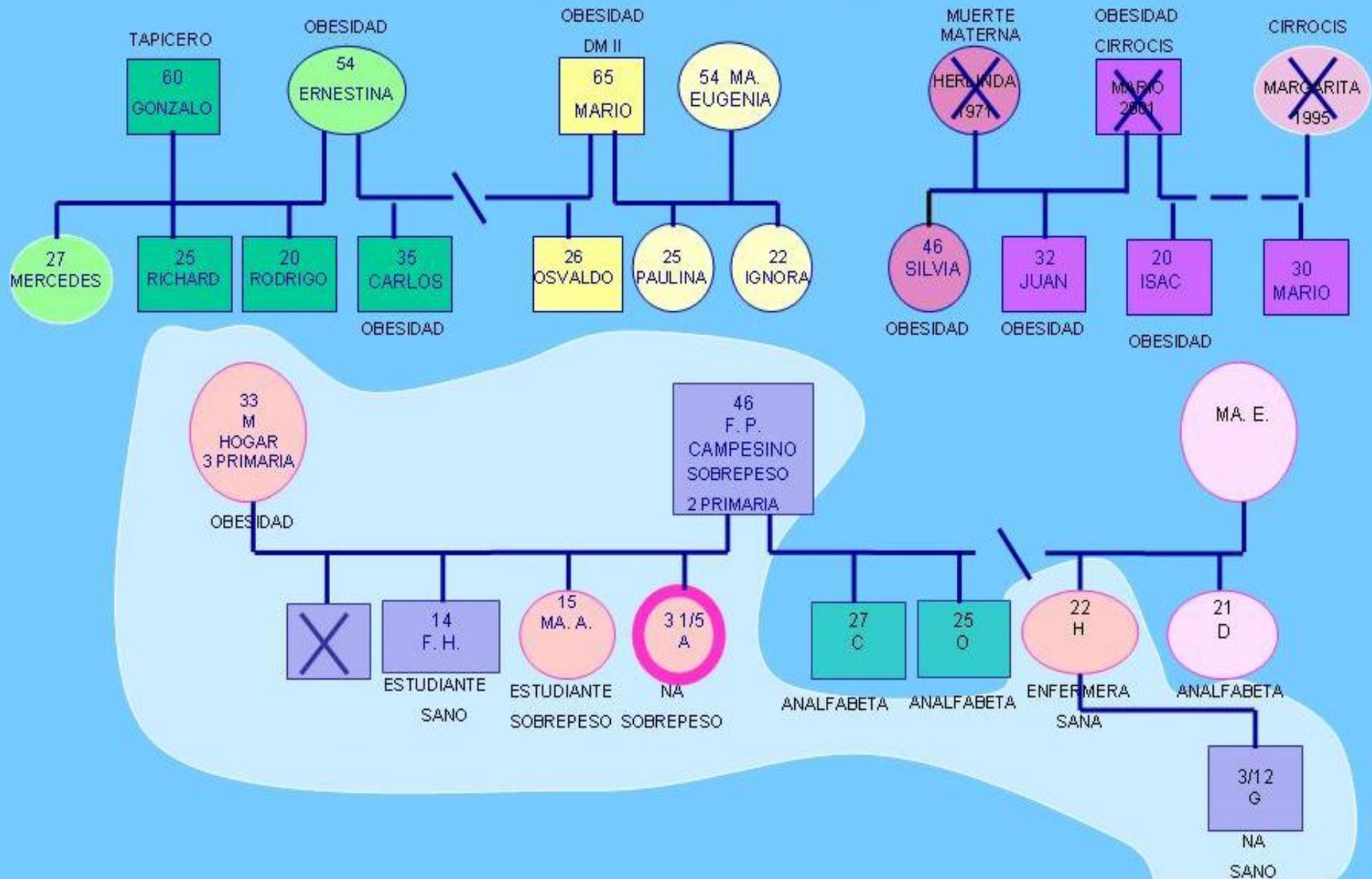
ЕСОМАРА

ECOMAPA FAMILIAR



GENOGRAMA

GENOGRAMA



INSTRUMENTO

VALORACIÓN FAMILIAR DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

COMUNIDAD: San Luis Tlaxiátemanco, Xochimilco FOLIO: _____
ELABORÓ: LEO: Lourdes Chávez Mondragón FECHA: 28- Febrero-2005

1 FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS.

Apellidos de la Familia: D O N

Domicilio: Cda. H. Número: # 5

Sector _____ Teléfono _____

Características de la vivienda: Casa prestada por la madre, cuenta con todos los servicios públicos, radio, televisor, DVD, estufa de gas, refrigerador, integrada por dos tipos de construcción:

En un primer lugar, una cocina-comedor, una sala con piso de cemento, paredes de tabique y techo de lámina de asbesto, ventanas y puerta externa de cancelería, construcción vieja. Una sola recámara donde duermen la totalidad de los integrantes de la familia. con puertas y ventanas de madera y aislada con plástico en lugar de cristal, piso de cemento, paredes de tabicón, y techo de cemento, ésta primera parte sin acabados.

La segunda parte de la vivienda está integrada por dos habitaciones y un baño con todos los servicios, además de acabados.

2 COMPOSICIÓN FAMILIAR.

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	EDO. SALUD
F. O.	Padre	46	campesino	2 primaria	Regular
M. N.	Madre	33	hogar	3 primaria	Malo
F	Hijo	16	estudiante	Bachillerato	Bueno
Ma. A.	Hija	15	estudiante	Secundaria	Regular
A	Hija	3 1/5	No aplica	No aplica	Regular
H	Hija del padre	22	enfermera	Técnica	Regular
G	Hijo de H	2/12	No aplica	No aplica	Bueno

3 TIPO DE FAMILIA

(Nuclear, extendida, compuesta, etc.) extendida

4 HISTORIA FAMILIAR (divorcios, muertes, pérdidas de empleo, etc.)

M fue abandonada al nacer, a los siete años su madre la lleva a vivir con ella y es abusada sexualmente por su padrastro a los ocho años. Se casa a los 14 años y continua con abuso psicológico por parte de su madre y abuso físico y verbal por parte de su marido. Pierde un hijo hace 19 años.

F. P. es abandonado por la mujer con la que vive llevándose a sus hijos, posteriormente a esto se casa con M.

H es abandonada por su madre, primera esposa de F. P. es adoptada por M quien va por ella al DIF, es madre soltera

ESTRUCTURA FAMILIAR

A) ESTRUCTURA DE ROL

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

F. P.

¿Quién toma las decisiones respecto a la salud?

M

B) SISTEMAS DE VALORES

¿Que actividades religiosas realiza la familia en conjunto?

Católica, cada ocho días van a misa los domingos

¿Qué fechas religiosas festejan en el año?

19 Agosto Fiesta de San Luís, Santo Jubileo, 12 Diciembre Virgen de Guadalupe, San Sebastian, Posadas, Semana Santa, 24 de Diciembre.

¿Qué normas o reglas tienen los integrantes de la familia?

Horario para reuniones 19:00, los hijos deben pedir permiso para reuniones con compañeros o amigos, Deben hablar de usted, tienen que llegar temprano de la escuela, desayunar juntos a las 11:00 A.M. y comer a las 18:00 Hrs.

¿Qué obligaciones tienen los integrantes de la familia con la sociedad?

F. P. tiene que trabajar y aportar un sueldo, M dedicarse al hogar a solucionar conflictos de comunicación, hacer la comida y apoyar a sus hijos, H ayudar a sus hermanos con las tareas y apoyar económicamente a la economía familiar, F. H. estudiar y ayudar con las actividades del hogar, Ma.A. estudiar y ayudar con las actividades del hogar, A recoger sus cosas, todos colaboran en el quehacer de la casa y se dividen las actividades.

¿Existen en el domicilio signos de influencia mística, religiosa o cultural?

Solamente imágenes católicas.

C) PROCESOS DE COMUNICACIÓN

¿Cómo describe la comunicación entre los miembros de la familia?

La comunicación de M con sus hijos es buena, sin embargo la comunicación entre F. P. y sus hijos no es buena, así mismo la comunicación entre M y F. P. es disminuida y agresiva.

¿Existen dificultades ó agresiones cuando platica la familia?

F. P. es seco y agresivo y no se preocupa por la relación con M y sus hijos.

¿Como expresan los integrantes de la familia su afecto?

A través de cartas, contacto físico y cosas materiales, excepto F. P. el cual se mantiene alejado de sus hijos y M.

D) ESTRUCTURA DEL PÓDER

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

M

¿Quién se encarga de la disciplina de las actividades que realizan los hijos?

M

¿Quién aporta la mayor cantidad de recursos económicos al hogar?

F. P., H y a veces M

¿Quién decide sobre el futuro de la familia?

M

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en la relación conyugal?

M, se pone enérgica.

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en la relación parental?

F. P. a través de palabras altisonantes y golpes y M a través de gritos y golpes.

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en la relación fraterna?

Hablan y gritan.

5 FUNCIONES FAMILIARES

A.- FUNCIÓN AFECTIVA

¿Como se expresan los sentimientos de afecto entre la familia?

A través de contacto físico y verbal.

¿Como se expresan los sentimientos de enojo entre la familia?

Entre hermanos se dejan de hablar. F.P. a través de golpes y gritos, M grita y les deja de hablar.

B.- FUNCIÓN DE SOCIALIZACIÓN

¿Cómo se distribuyen las tareas en el hogar?

Todos se distribuyen las tareas equitativamente excepto el padre.

¿Que sanciones se establecen para los hijos cuando no cumplen con sus obligaciones?

Se les llama la atención y se dejan las actividades hasta que la persona a la que le corresponde los realiza.

¿Existen personas fuera del hogar que intervienen en el cuidado de los hijos?

No. M y H comparten responsabilidad en el cuidado de los niños menores cuando alguna de ellas sale a trabajar.

¿Por que?

Por sus trabajos.

¿Alguno de los integrantes de la familia tiene problemas con las personas con las que convive en el trabajo, el hogar o la escuela?

Si X no

¿De que tipo?

A con G por que ocupa el lugar que ella tenia antes.

C.- FUNCIÓN REPRODUCTORA

¿Que tipo de orientación ha recibido para el ejercicio de su sexualidad?

M sufrió abuso sexual a los 8 años., H recibió orientación a los 10 años por medio de M., F. H. y Ma. A también fueron orientados por M a los 10 años.

¿ Existen planes para tener hijos?

Si no X

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad?

Si X no ____

¿
Cual?

F. P. ejerce violencia con M para tener actividad sexual.

D.- FUNCIÓN ECONÓMICA

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares?

F. P., H y M.

¿Como resuelve la familia los problemas para satisfacer las necesidades de comida, ropa, vivienda y servicios de salud?

M y H tratan de resolverlos.

E) FUNCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD

Cuenta la familia con cualquier tipo de seguridad social?

Si X no ____

Especifique cual Solamente H y G tiene IMSS, los demás acuden al centro de salud.

¿Que hace la familia para cuidarse y prevenir enfermedades?

En época de frío tomar muchos líquidos y abrigarse bien, en época de calor tomar muchos líquidos, se lavan las manos antes y después de ir al baño, lavan y desinfectan frutas y verduras.

¿A donde acuden en caso de algún problema grave de salud?

Centro de Salud o a Similares.

¿Que tipo de recursos de medicina tradicional utiliza la familia?

Ninguno.

6 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

¿ La ventilación del hogar es adecuada? Si X no ___

¿Que hace la familia para protegerse de las vías respiratorias?

Se abrigan, toman jugos y procuran no tomar cosas frías.

¿Que tipo de molestias tiene la familia con respecto a la respiración?

M es alérgica al girasol y amanece con la nariz congestionada.

¿Que tipo de contaminantes existen en el lugar donde vive?

Olor de la basura que tiran en el terreno baldío a lado de su casa y el olor a animales muertos que dejan ahí.

2.- MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

¿El agua que consume es potable? Si X no ___

¿Utiliza la familia alguna técnica para purificar el agua? Si ___ no X

¿Cual? Compran agua embotellada.

¿Cuando y que tipo de líquidos acostumbra beber la familia?

Agua de sabores y Coca Cola una vez por semana.

¿Cual es el patrón de baño de la familia? Describa.

Diario

¿Con que frecuencia se realiza el lavado de manos?

después de ir al baño y antes de comer

¿Con que frecuencia los integrantes de la familia se cepillan los dientes?

Dos veces por día

3.- MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

¿Quién prepara los alimentos?

M, H y F. H.

¿Quién y como organiza el consumo de alimentos?

Entre M y H reparten raciones iguales a los integrantes de la familia.

¿Que alimentos se consumen con mayor frecuencia?

Pollo 4X7, Huevo 2X7, Frijoles 7X7, Frutas 2X7, Verduras 3X7, Pan 7X7, Carne 1X7, Leche 7X7.

¿Que tipo de alimentos prefiere la familia?

Pollo rostizado y Salchichas a la mexicana.

¿Que tipo de alimentos le desagradan a la familia?

Espinacas y nopales.

Describa la dinámica que tiene la familia para el consumo de alimentos en una comida formal

Entre H y M deciden que van a comer y preparan la comida cuando ya esta todo caliente, llaman a los integrantes de la familia excepto a F. H. quien se encuentra en la escuela, se lavan las manos y se sientan a comer. H y M son las encargadas de servir las raciones de comida.

¿Como alivia la familia los problemas de digestión en sus integrantes?

Solamente M ha padecido de este problema y toma buscapina.

4.- PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS PROBLEMAS DE ELIMINACIÓN

¿Cuenta la familia con servicio de drenaje ó letrina? Si X no ____

¿Que toma la familia en caso de estreñimiento ó diarrea?

A A le dan terramicina, los demás no toman nada.

¿Como desechan la basura?

En un costal y el camión de la basura pasa cada tercer día.

¿Existen problemas de manejo de basura? (Fauna nociva) Describa.

Si moscas y ratas que vienen del terreno baldo que esta a lado.

5.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

¿Cuántas horas duerme?

El promedio de horas que duerme la familia es de 6 horas. Excepto G quien por su edad no duerme la misma cantidad de horas, este duerme por el día cuando está H y cuando no esta por la noche G no duerme.

¿Cuántas horas trabaja al día?

H cada tercer día 11 horas, M dentro del hogar 15 horas, F.P. 8 Hras.

¿Que tipo de trabajo desempeña?

Fernando: campesino, Miriam: en el hogar, lava ajeno y realiza rebozos para vender, Herlinda es enfermera en una clínica particular.

¿Realiza algún deporte? Si ___ no X

¿Porque?

No salen y desconocen los beneficios.

¿Que realiza en sus tiempos libres?

H, M y Ma. A. tejen servilletas, ven televisión, F. H. hijo toca la guitarra, A, ve televisión y juega con sus muñecas, G come y duerme y F. P. ve televisión y duerme.

6.- MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL.

¿Participa en algún grupo social? Si ___ no X

¿Algún miembro de su familia suele aislarse? Si X no ___

¿Quién?

F y A.

¿Cada cuanto se reúne la familia?

Sábado y Domingo.

7.- LA PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA , EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

¿Sabe que hacer en caso de accidente?

No

¿Sabe a donde acudir en caso de accidente?

No

¿Conoce los servicios de emergencia? Si X no ___

¿Cómo maneja las sustancias tóxicas?

Las cuelga y mantiene alejadas de los niños.

¿Existe algún riesgo de contaminación en su ambiente laboral?

F. P. utiliza fertilizantes y pesticidas sin ninguna protección.

¿Existe algún riesgo de contaminación en su comunidad?

Si, tiran animales muertos y basura en el lote baldío a lado de su casa.

8.- PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES.

¿Algún miembro de su familia tiene alguna discapacidad?

No

¿Cómo es la dinámica con sus vecinos?

No tienen relación.

¿Existe algún factor de riesgo que interfiera en la relación con sus vecinos?

Solo se saludan, no hay mayor comunicación.

9 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO.

ETAPA DE DESARROLLO FAMILIAR:

¿Que condiciones afectan su desarrollo?

(Ejemplo, provisión inadecuada de alimentos, , descanso, pérdidas familiares, enfermedad terminal, peligros ambientales...)

La economía que no es adecuada, el descanso en F. H. quien solo duerme 3 a 4 horas diarias, la utilización de fertilizantes y pesticidas sin protección que ejerce F. P. y el maltrato psicológico que sufre M por parte de su madre cuando viene a visitarla y de F. P.

10 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Cuenta con la ayuda médica apropiada? Si ___ no X

¿Es conciente de los efectos y complicaciones de su enfermedad? Si ___ no X

¿Realiza eficazmente las medidas de diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación?

Si ___ no X

¿Es conciente de los efectos adversos de su tratamiento?

No

Verifique el autoconcepto:

¿Es conciente de los efectos y condiciones de su estado de salud?

Si ___ no X

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	FECHA
<p>Ansiedad relacionada con deficiente manejo de emociones manifestado por ingesta frecuente de alimentos.</p>	<p>02 Marzo 06</p>
<p>Hábitos alimenticios nocivos relacionado con falta de conocimiento acerca de los conceptos fundamentales de la nutrición manifestado por ingesta de dieta no balanceada con incremento en grasas, carbohidratos y abuso de alimentos chatarra.</p>	<p>02 Marzo 06</p>
<p>Sobrepeso y obesidad relacionada con malos hábitos alimenticios, dieta alta en carbohidratos, con escasas frutas y verduras, sedentarismo, ansiedad y consumo excesivo de calorías manifestado por incremento de la masa corporal en miembros de la familia.</p>	<p>02 Marzo 06</p>
<p>Alto riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas relacionado con alimentación alta en carbohidratos, manejo inadecuado de ansiedad y estrés, sedentarismo, desconocimiento y nula aplicación de conceptos básicos de nutrición y dieta equilibrada</p>	<p>02 Marzo 06</p>



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO COMUNITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

VALORACION DE SU ESTADO DE SALUD

Nombre M
Peso 87 Kg.

Talla 157.5

Fecha 06-03-06

Grado de riesgo: Riesgo alto

FACTORES DE RIESGO	DATOS DEL PACIENTE	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
INDICE DE MASA CORPORAL	30	25-29	30-39	MAYOR 40
INDICE DE CINTURA CADERA	90	HOMBRES MENOR DE 90 MUJERES MENOR DE 84		HOMBRES MAYOR DE 90 cm MUJERES MAYOR DE 85
GLUCOSA EN AYUNAS	Entre 110 a130mg.	MENOR DE 110mg/dl	110-140mg/dl	MAYOR DE 140mg/dl
TENSIÓN ARTERIAL	150/95	SISTOLICA MENOR 129 MMHg DIASTOLICA MENOR DE 84mm Hg	SISTOLICA 130-139mmHg DIASTOLICA 85-89mmHg	SISTOLICA MAYOR MAYOR DE 140mmHg DIASTOLICA MAYOR DE 90mmHg
ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS	Si	SIN ANTECEDENTES EN LA FAMILIA	CON ANTECEDENTES EN UNA SOLA RAMA FAMILIAR (PATERNA O MATERNA)	CON ANTECEDENTES EN LAS DOS RAMAS FAMILIARES (PATERNA Y MATERNA)
PRACTICA DEL EJERCICIO	No	2 HORAS A LA SEMANA	MENOS DE 2 HORAS A LA SEMANA	NO REALIZA EJERCICIO



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO COMUNITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

VALORACION DE SU ESTADO DE SALUD

Nombre H
57.5Kg.

Talla 1.50cm.

Fecha 06-03-06
Grado de riesgo: medio

FACTORES DE RIESGO	DATOS DEL PACIENTE	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
INDICE DE MASA CORPORAL	14	25-29	30-39	MAYOR 40
INDICE DE CINTURA CADERA	78	HOMBRES MENOR DE 90 MUJERES MENOR DE 84		HOMBRES MAYOR DE 90 cm MUJERES MAYOR DE 85
GLUCOSA EN AYUNAS	110 mg.	MENOR DE 110mg/dl	110-140mg/dl	MAYOR DE 140mg/dl
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	SISTOLICA MENOR 129 MMHg DIASTOLICA MENOR DE 84mm Hg	SISTOLICA 130-139mmHg DIASTOLICA 85-89mmHg	SISTOLICA MAYOR MAYOR DE 140mmHg DIASTOLICA MAYOR DE 90mmHg
ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS	No	SIN ANTECEDENTES EN LA FAMILIA	CON ANTECEDENTES EN UNA SOLA RAMA FAMILIAR (PATERNA O MATERNA)	CON ANTECEDENTES EN LAS DOS RAMAS FAMILIARES (PATERNA Y MATERNA)
PRACTICA DEL EJERCICIO	No	2 HORAS A LA SEMANA	MENOS DE 2 HORAS A LA SEMANA	NO REALIZA EJERCICIO



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CENTRO COMUNITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

VALORACION DE SU ESTADO DE SALUD

Nombre F. H.
Peso 60 Kg.

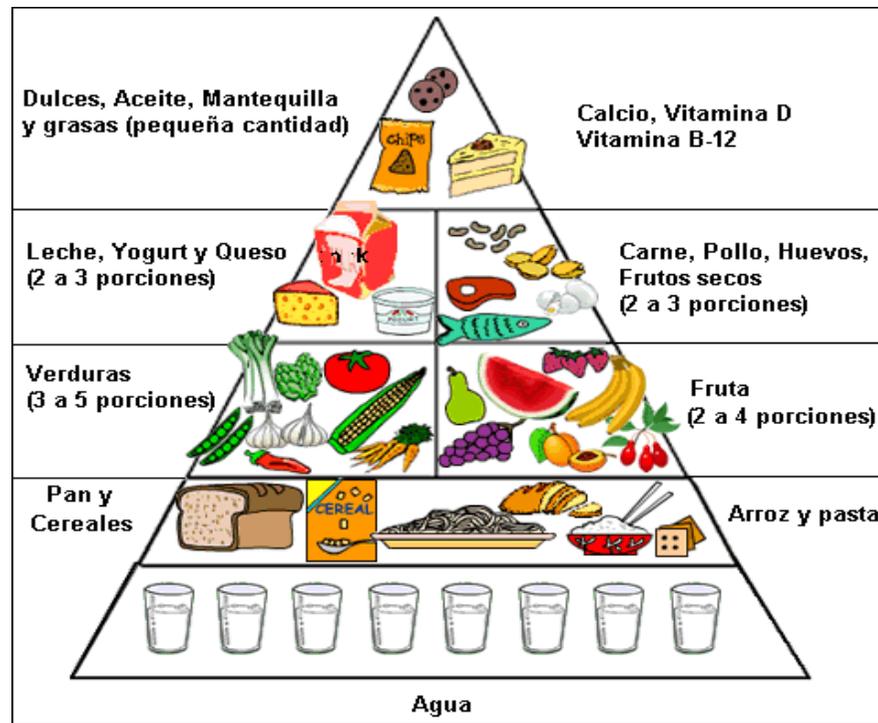
Talla 1.65 cm.

Fecha 03-06-03
Grado de riesgo: bajo

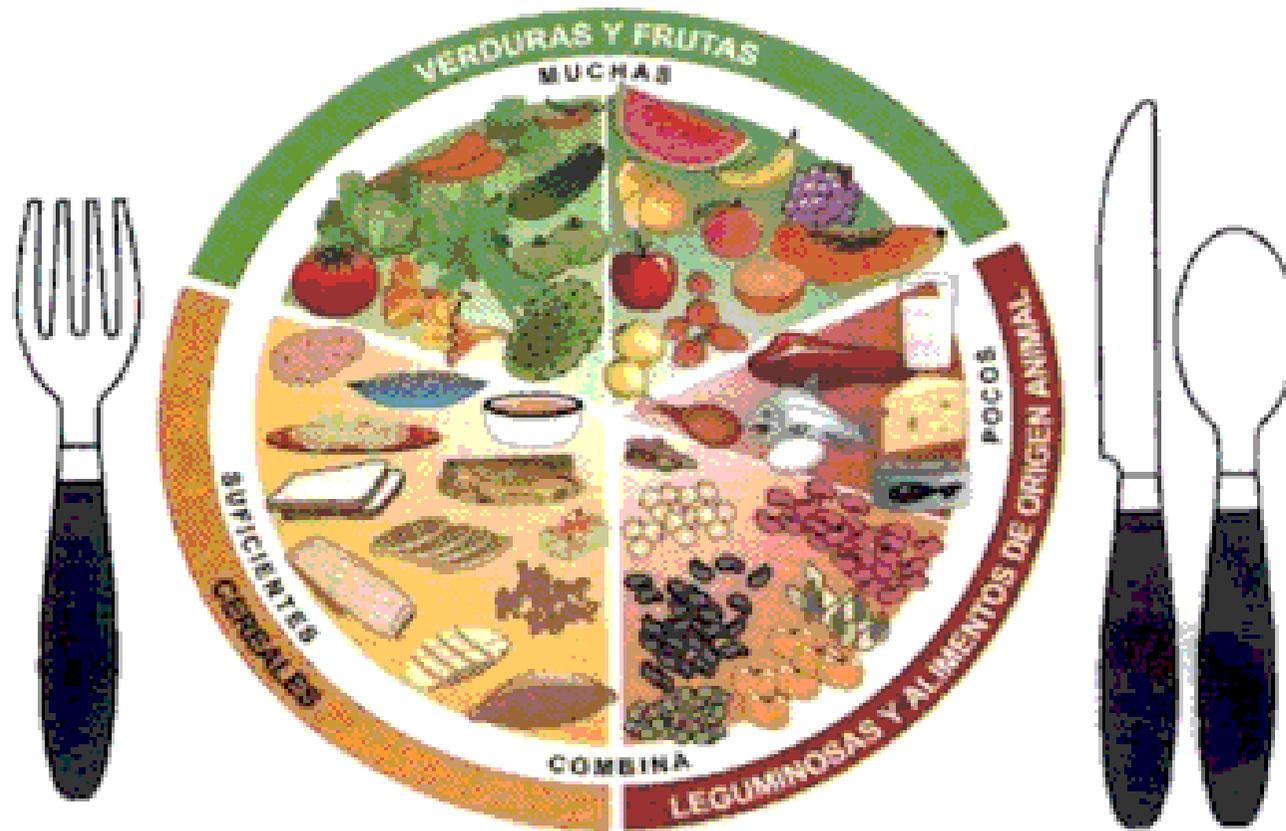
FACTORES DE RIESGO	DATOS DEL PACIENTE	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO
INDICE DE MASA CORPORAL	12	25-29	30-39	MAYOR 40
INDICE DE CINTURA CADERA	86	HOMBRES MENOR DE 90 MUJERES MENOR DE 84		HOMBRES MAYOR DE 90 cm MUJERES MAYOR DE 85
GLUCOSA EN AYUNAS	70 a 110 mg.	MENOR DE 110mg/dl	110-140mg/dl	MAYOR DE 140mg/dl
TENSIÓN ARTERIAL	110/70	SISTOLICA MENOR 129 MMHg DIASTOLICA MENOR DE 84mm Hg	SISTOLICA 130-139mmHg DIASTOLICA 85-89mmHg	SISTOLICA MAYOR MAYOR DE 140mmHg DIASTOLICA MAYOR DE 90mmHg
ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS	Si	SIN ANTECEDENTES EN LA FAMILIA	CON ANTECEDENTES EN UNA SOLA RAMA FAMILIAR (PATERNA O MATERNA)	CON ANTECEDENTES EN LAS DOS RAMAS FAMILIARES (PATERNA Y MATERNA)
PRACTICA DEL EJERCICIO	No	2 HORAS A LA SEMANA	MENOS DE 2 HORAS A LA SEMANA	NO REALIZA EJERCICIO

PLATILLO INTELLIGENTE

Pirámide alimenticia.



La Pirámide Alimenticia representa una guía para el consumo variado y equilibrado de los grupos de alimentos (y sus nutrientes) que requieren diariamente la población general, mayores de 2 años. Además, la Pirámide describe las raciones de los grupos de alimentos que el organismo necesita para mantener una salud óptima. De esta manera, podemos conseguir todos los nutrientes que son necesarios para estar saludables y a la vez, obtener la cantidad adecuada de calorías para mantener el peso óptimo.



TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN

Técnica de Respiración

Cuando estamos bajo estrés, nuestros músculos se tensan y nuestra respiración se vuelve superficial y rápida. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento; si es insuficiente la cantidad de aire que llega a los pulmones la sangre no se purifica adecuadamente y esto hace que aumenten los estados de ansiedad, fatiga muscular y el nivel de estrés. Una forma sencilla y eficaz de frenar la respuesta del estrés es respirar profunda y lentamente sin embargo la mayoría de las personas no respira profundamente bajo circunstancias normales y mucho menos en situaciones estresantes.

El objetivo de esta técnica es conseguir la disminución de los efectos del estrés en las diferentes situaciones que vivimos a diario.

Indicaciones Generales

- Realizar la técnica de respiración puede ser útil en cualquier situación.
- Podemos utilizar dicha técnica en diferentes formas y en todo momento, por ejemplo: sentado, viendo televisión, de pie, caminando, en el trabajo, viajando en el colectivo, con los ojos cerrados o abiertos, en presencia de otras personas.

Procedimiento:

En este momento, tenemos oportunidad de preparar nuestro ambiente. Debemos estar cómodos esperando no tener ninguna interrupción.

- Siéntese en una posición confortable, descanse sus manos y sus piernas. Si considera necesario afloje su ropa (cinturón, corbata, zapatos, etc.).
- Si lo prefiere cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por arriba del nivel de sus ojos.
- Enfoque su atención en su respiración.
- Va a empezar a relajarse en la medida que avance el ejercicio de respiración, todos sus músculos comenzarán a aflojarse.
- Respire dejando entrar el aire lento y profundamente, de manera que sienta como su estomago se va inflando, como aumenta de tamaño.
- Cuando deje salir el aire, hágalo más lentamente del tiempo que le tomo dejarlo entrar.
- Preste atención a los momentos en los que la respiración sale y el momento en el cual el aire entra.
- Fíjese en todo lo que sea posible acerca de su respiración, en sus músculos endurecidos, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir, el movimiento o la inmovilidad de su pecho, alguna sensación de sequedad o más Humedad en su nariz.

- Después de algunas respiraciones lentas y profundas comience a fijar su atención en una palabra o una imagen, sin dejar de respirar lentamente, la palabra puede ser “Estoy sereno, estoy tranquilo, siento paz, estoy relajado (puede funcionar para estos fines).

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

Técnicas de Relajación

La relajación es la actividad más natural, pero esta muy olvidada, pocas personas pueden afirmar actualmente que se sienten relajadas durante la mayor parte del día.

Esto es una consecuencia del grado de estrés que sufrimos en nuestras vidas y de la cantidad de tensión oculta e inconsciente que existe en nuestro cuerpo.

El objetivo de las técnicas de relajación es que las personas controlen su estrés, ya que favoreciendo la tranquilidad podemos prevenir o controlar problemas de salud.

Indicaciones Generales

La realización de esta práctica necesita de un espacio apropiado, silencioso y con luz tenue, además del uso de ropa cómoda, no tener accesorios que causen compresión o incomodidad (cinturón, corbata, zapatos muy apretados, joyas, peinados que estiren demasiado el cabello). Se recomienda que al realizar movimientos se haga dentro de los límites tolerables sin lastimar o provocar dolor.

Cuando estamos verdaderamente relajados en nuestro cuerpo se producen cambios notables que se manifiestan como sensaciones de tranquilidad, alegría y serenidad, paz, también se refleja en dormir bien, no sentir dolores en alguna parte del cuerpo entre otras.

Postura Inicial

Revise que su ropa sea cómoda y que no ejerza presión, y que ningún accesorio le moleste.

Procedimiento:

Consiste en cuatro puntos

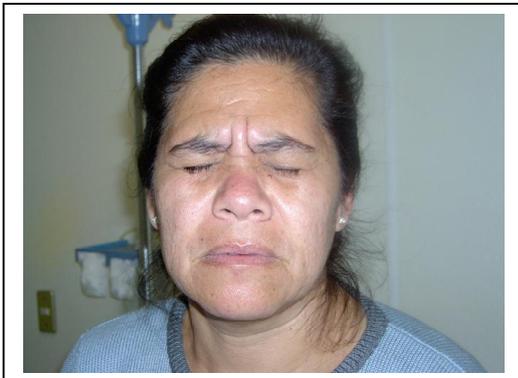
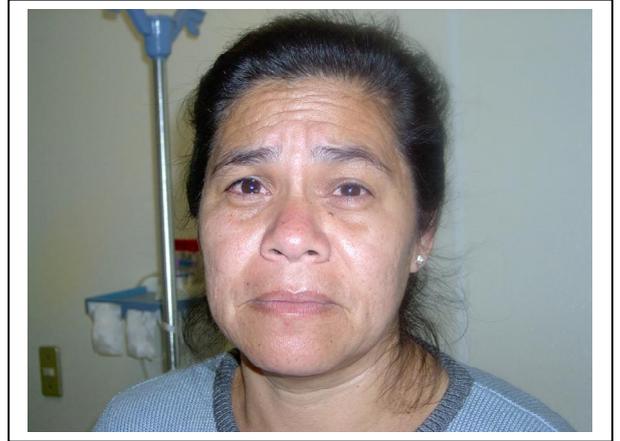
- Tensar el grupo muscular correspondiente
- Poner toda la atención en el grupo muscular en tensión, tiempo aproximado 5 a 10 minutos.
- Relajar el grupo muscular correspondiente
- Poner toda la atención en el grupo muscular en relajación, tiempo superior al de tensión.

Revise que su ropa sea cómoda, que no ejerza presión y que ningún accesorio le moleste.

Tensor y Relajar músculos

Frente

Arrugue su frente subiéndola hacia arriba. Note dónde siente particularmente la tensión (sobre el puente de la nariz y alrededor de cada oreja). Ahora relájela poniendo especial atención en esas zonas que estaban particularmente tensas, tome unos segundos para sentir la agradable sensación de la falta de tensión en todos esos músculos. Es como si los músculos hubieran desaparecido. Están totalmente relajados. La idea es que al tensar una cierta zona de su cuerpo, noté donde está la tensión, y al relajar despacio esa zona pueda identificar que músculos está relajado.

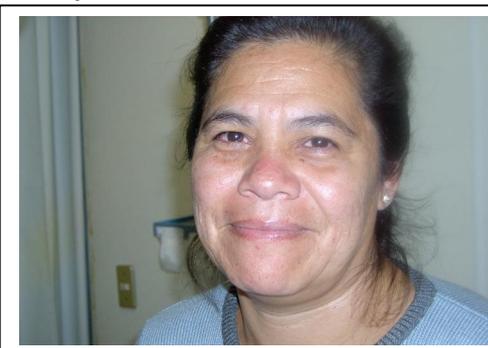
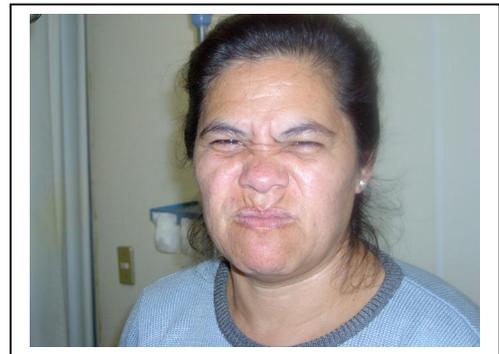


Ojos.

Cierre los ojos apretándolos fuertemente. Debe sentir la retensión en toda la zona alrededor de los ojos, en cada párpado y sobre los bordes interior y exterior de cada ojo. Ponga especial atención a las zonas que están tensas. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda, y, muy despacio, entreábralos. Note la diferencia entre las sensaciones.

Nariz.

Arrugue su nariz. El puente y los orificios de la nariz están especialmente tensos. Ponga mucha atención en estas zonas. Gradualmente relaje su nariz, despacio, dejando toda la tensión fuera. Note como ahora siente esos músculos como perdidos, sin tensión, totalmente relajados. Debe de notar la diferencia entre la sensación de tensión y la relajación.



Sonrisa.

Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada. Los labios superior e inferior así como

ambas mejillas deben estar fuertemente apretados sobre los dientes. Gradualmente relaje los músculos de cada lado de sus mejillas y cara. Note la sensación que experimenta cuando todos estos músculos dejan de hacer presión, olvide toda la tensión para relajarse. Ahora están totalmente relajados y usted puede sentirlo.

Labios.



Arrugue sus labios fuertemente. Note la tensión en los labios superior e inferior y en toda la zona alrededor de los labios. Ponga enorme atención en todas estas zonas que ahora están tensas.

Gradualmente relaje sus labios. Note como siente estos músculos perdidos, apagados, relajados. Es muy diferente a cuando estaban tensos, deseé cuenta de ello.



Cuello.

Apriete y tense su cuello. Compruebe donde siente la tensión (en el bocado de Adán y a cada lado del cuello, así como en la nuca). Concéntrese en las zonas que ahora están tensas. Relaje poco a poco su cuello; note como los músculos pierden la tensión y se relaja paulatinamente.

Brazos.



Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Ejercer tensión en todo el brazo, desde la mano hasta el hombro. Realice el máximo de tensión. Compruebe



como se incrementa la tensión muscular en el bíceps,



antebrazo, alrededor de la muñeca y en los dedos. Gradualmente relaje y baje el brazo dejándolo caer hasta que de nuevo descansa sobre sus muslos en la posición de relajación. Ahora compruebe como estos músculos están perdidos, apagados, relajados. Experimente la diferencia entre ahora que están relajados y la sensación anterior de tensión y rigidez. Ahora es todo mucho más agradable. Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

Piernas.



Levante horizontalmente su pierna derecha arqueando el pie derecho hacia atrás. Debe ejercer el máximo grado de tensión. Compruebe donde se siente la tensión (trasero, en pantorrilla, muslo, rodilla y pie). Relaje lentamente todas estas zonas y baje en dirección a la rodilla, despacio la pierna hasta que el pie derecho descansa sobre el suelo,



relaje también la rodilla. Asegúrese que sus piernas están en posición de relajación. Note la sensación de relajación en estos músculos, observe como la tensión a desaparecido y están totalmente descansados. Experimente la diferencia entre tensión y relajación. Repita el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

Espalda.



Incline hacia delante su cuerpo en la silla. Eleve los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia delante. Note donde siente particularmente la tensión (en los hombros y algo más debajo de la mitad de la espalda). Relájese gradualmente llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelva a poner los brazos sobre los músculos en posición de relajación. Ahora note y sienta como se ha perdido la tensión en

todos estos músculos. Ha desaparecido la tensión para dar paso a la relajación. Experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.



Tórax.



Tense y ponga rígido, intente constreñirlo como si quisiera reducir sus pulmones. Note donde se siente la tensión (hacia la mitad del tórax y en la parte superior e inferior de cada pecho). Relaje gradualmente su tórax y note como desaparece la tensión en estos músculos. Ahora están relajados, experimente la diferencia entre la tensión y la relajación.





Estómago.

Tense fuertemente los músculos de su estómago comprimiéndolos hasta que lo ponga tan duro como una tabla. Note donde siente la tensión (en el ombligo y alrededor de este, en un círculo de unos 10 cm. de diámetro). Relájelos gradualmente hasta que su estómago .vuelva a su posición natural.

Sienta
como
estos

músculos están perdidos, apagados y relajados. No olvide que la idea es tener una zona de su cuerpo muy tensa para que pueda notar la tensión en esta zona y la pueda relajar despacio hasta identificar los músculos que usted mismo esta relajando.

