



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



ESTUDIO DE CASO

**PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO A
UNA FAMILIA CON DESVIACIÓN DE LA
SALUD NUTRICIA**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA
EN
SALUD PÚBLICA**

PRESENTA

L.E.O. IRMA CORTÉS MENDOZA

ASESOR: E.E.S.P. GUADALUPE JUDITH ESPINOSA VITAL

MÉXICO, D. F.

AGOSTO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

Familia Cortés Ruíz

A todos sus integrantes por el apoyo, comprensión y cariño que me han dado durante mi trayectoria profesional.

Familia Rivera Cortés

Por el tiempo, paciencia, comprensión y sobre todo el amor y cariño que cada uno en sus diversas formas me ha proporcionado para lograr un objetivo más en mi vida.

A mi tutora Judith

Por ser una gran persona y porque a pesar de tiempos difíciles me brindó su apoyo, sin perder la trayectoria del objetivo, mil gracias.

A mis maestros Ezequiel y Liliana

Porque en ellos encontré conocimientos y experiencia que ayudaron al logro de mi objetivo académico.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	4
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. Antecedentes	4
3.2. Marco teórico conceptual	7
3.3. Modelo teórico de Dorothea E. Orem	11
3.3.1. Teoría del déficit de autocuidado	12
3.3.2. Teoría del sistema de enfermería	15
3.4. Teorías de la familia	17
3.4.1. Teoría estructural funcionalista	17
3.4.2. Teoría del desarrollo	20
3.5. Proceso de enfermería	23
3.6. Consideraciones ético-legales	30
4. METODOLOGÍA	
4.1. Selección de la familia	34
4.2. Descripción general de la familia	34
4.3. Valoración familiar	35
4.3.1. Factores condicionantes básicos	35
4.4. Historia de patrones familiares	35

4.5. Estructura familiar	37
4.6. Funciones familiares	38
4.7. Requisitos universales	39
4.8. Requisitos de autocuidados de desarrollo	42
4.9. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud	42
4.10. Diagnósticos de enfermería	43
5. CONCLUSIONES	51
6. SUGERENCIAS	53
7. REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS	55
ANEXOS	60

INTRODUCCIÓN

La diabetes es una condición común que amenaza la vida y su frecuencia está aumentando dramáticamente en todo el mundo. Es necesario que las medidas preventivas de la Diabetes Mellitus sean dirigidas a prevenir el desarrollo de la enfermedad en individuos susceptibles, mantener la salud y la calidad de vida de pacientes con diabetes, a través de educación y cuidado efectivo del paciente, prevenir y controlar oportuna y eficientemente las complicaciones de la enfermedad, disminuir la mortalidad y el costo que representa esta enfermedad y sus complicaciones, apoyar la investigación encaminada a prevenir y controlar la diabetes, así como educar a médicos, nutriólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y otros trabajadores de la salud para mejorar su eficiencia en el cuidado y educación del paciente diabético.¹

Un buen control de la enfermedad hace posible una vida plena y saludable con diabetes, ya que la mayor parte de sus complicaciones pueden prevenirse o retardarse. El buen control incluye una dieta saludable, actividad física, no fumar y mantener un peso apropiado. “Los estudios han mostrado que cambios en los estilos de vida y actividad física pueden reducir el riesgo de desarrollar la diabetes tipo 2”.²

Para el logro de estos cambios se debe de considerar a la salud pública, que es un proceso histórico que debe vincularse a diversas estrategias para impactar el conjunto social. Debe entenderse como un punto de encuentro donde concluyen las ciencias biológicas, sociales y de la conducta, en poblaciones determinadas y las respuestas sociales e institucionales a determinadas condiciones epidemiológicas. Tiene como fin la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de padecimientos y, finalmente, la rehabilitación física y social.

¹ NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria". 6. Medidas de prevención. (6.1-6.1.1.6.)

² VINIK, A., *Neuropatía Diabética*, Medicina Clínica, 2004, 88(4), pp. 947-99.

A través de la Promoción de la salud se realizan actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, gracias a la intervención de educación sanitaria a través de medios de comunicación masivos en las escuelas y en atención primaria, así como para toda la comunidad incluyendo a quienes no tienen los recursos necesarios para la atención médica. La educación sanitaria debe complementarse y modificarse conforme a los cambios en el medio ambiente y las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que no afecten su salud.

Para llevar a cabo las acciones antes mencionadas es de suma importancia la participación de la enfermera especialista en el área de la salud pública, ya que durante su formación adquiere conocimientos de las distintas áreas de acción, permitiéndole conocer e impulsar las medidas preventivas, manejar técnicas colectivas de enseñanza y educación, promover la organización y la participación de la comunidad en materia de salud, e investigar los diversos rasgos culturales para propiciar el desarrollo eficiente de los programas de salud. De ahí el interés por realizar este estudio, porque en él se conjuntan esos conocimientos como parte de la culminación estratégica de enseñanza.

El presente estudio de caso tiene como referente teórico el modelo de Dorothea Orem, con base en su teoría del déficit de autocuidado y sistemas de enfermería, y como elemento metodológico el Proceso de Atención de Enfermería; ambos enfocados a una familia que habita en el pueblo de San Luis Tlaxiátemalco Xochimilco, a quienes se les realizó una valoración para poder estructurar diagnósticos de enfermería, y con base en ellos planear una serie de intervenciones a corto plazo las cuales pudieran ser evaluadas en el mismo periodo y presentar resultados de acuerdo con los objetivos planteados. En esta familia se priorizó el déficit de autocuidado y conocimiento limitado para Diabetes Mellitus tipo 2. Cabe mencionar que además de la necesidad priorizada se detectaron otras como

sobrepeso, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, estrés familiar y deficiencia de conocimiento sobre la enfermedad de alzheimer.³

El sobrepeso es uno de los múltiples factores que predisponen el desarrollo de diabetes, y para el presente caso, éste fue el factor que favoreció el desarrollo de la enfermedad.

Este estudio de caso presenta información teórica estructurada de la siguiente manera: fundamento del caso a través de antecedentes, marco conceptual, determinaciones éticas y legales establecidas para el ejercicio de la profesión, así como la metodología, apartado en el cual se menciona la descripción genérica de la familia con base en un instrumento de valoración familiar que sirvió como guía para realizar los diagnósticos de enfermería y el plan de intervención. Para finalizar se presentan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliohemerográficas y anexos.

³ La enfermedad de alzheimer es una afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. La alteración de la memoria es una característica para el diagnóstico de ésta enfermedad o de cualquier otro tipo de demencia, también se presentan cambio en una de las siguientes áreas: lenguaje, capacidad de toma de decisiones, juicio, atención y otras áreas de la función mental y la personalidad.

Además de la edad y los antecedentes familiares, los factores de riesgo para esta enfermedad pueden ser, entre otros: hipertensión, antecedentes de traumatismo craneal, niveles altos de homocisteína (un químico corporal que contribuye a enfermedades crónicas como la cardiopatía, la depresión y posiblemente la enfermedad de alzheimer), pertenecer al género femenino; debido a que las mujeres generalmente viven más que los hombres, tienen mayor probabilidad de desarrollar esta enfermedad.

Existen dos tipos de enfermedad de alzheimer: de inicio temprano y de inicio tardío. En la primera, los síntomas aparecen primero antes de los 60 años, es mucho menos común y es responsable de solamente el 5 al 10% de los casos, sin embargo, tiende a progresar rápidamente. La de inicio tardío, que es el tipo más común, se desarrolla en personas de 60 años o más.

La causa de la enfermedad no se conoce por completo, pero se cree que abarca tanto factores genéticos como ambientales. El diagnóstico de esta enfermedad se hace sobre la base de síntomas característicos y excluyendo otras causas de demencia.

Los exámenes que se hacen para evaluar o descartar otras causas de demencia están, el examen físico, evaluación neuropsicológica, tomografía computarizada (TC), imagen por resonancia magnética (IRM), electroencefalografía (EEG), electrocardiograma (ECG o EKG) y exámenes de laboratorio.

El pronóstico es desalentador, el trastorno generalmente progresa en forma permanente. Es común que se presente incapacidad total y la muerte normalmente sucede en un lapso de 15 años.

GOETZ, C.G., Pappert, E.J., *Textbook of clinical neurology*, 2da. Ed., Traducido por Dr. Tango, Philadelphia, 2003, (Colección Medline Plus).

OBJETIVOS

Para una familia del AGEB 052-7, Sector 8 en San Luis Tlaxialtemalco.

- Implementar un plan de cuidados especializado para la promoción de estilos de vida saludables a personas con presencia de diabetes y factores asociados a Diabetes Mellitus, a través de la aplicación del Proceso atención de enfermería y de la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem.
- Identificar hábitos nocivos de salud y factores de riesgo asociados al sobrepeso a través de la teoría estructural funcionalista, generando conductas saludables de acuerdo a necesidades, creencias y cultura.

MARCO TEÓRICO

3.1. ANTECEDENTES

Enfermeras de la Universidad Autónoma de Nuevo León realizaron un estudio de caso con el propósito de definir las capacidades especializadas de autocuidado del paciente diabético tipo 2. Los sujetos de estudio fueron ocho: seis hombres y dos mujeres, con edad promedio de 53 años, provenientes de tres estratos socioeconómicos diferentes. El método utilizado fue el de entrevista con preguntas abiertas a partir de cuestiones sobre el cuidado de la diabetes. La información se analizó con la técnica análisis de contenido. Los resultados del presente estudio muestran las acciones de autocuidado que lleva a cabo el paciente diabético para mantener el buen control de la enfermedad. Estas acciones se refieren a su responsabilidad con respecto a la condición de ser diabético, a los efectos de la enfermedad, al tratamiento y sus efectos, y a cambios de hábitos y actitudes. Para llevar a cabo las acciones de autocuidado, el diabético necesita desarrollar capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional, motivacional y de orientación. Tanto las acciones como las capacidades de autocuidado para el diabético, identificadas en este estudio, son congruentes con la estructura conceptual del modelo de Backscheider, que se basa en la teoría general de autocuidado de Dorothea Orem, demostrando con ello que este marco teórico puede ser útil para el desarrollo de instrumentos y de futuras investigaciones en este campo.¹

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, personal de enfermería realizó un estudio cuyo objetivo fue evaluar el conocimiento sobre la enfermedad y autocuidado de los pacientes diabéticos con el modelo educativo de enfermería; teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem.

Fue un estudio transversal comparativo a 90 pacientes que terminaron las sesiones del Modelo Educativo de Enfermería, y 45 con información habitual, a

¹ GALLEGOS, E.C., Cárdenas, V.M. y Salas, M.T., Capacidades de autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2. *Estudio elaborado por enfermeras de la Universidad Autónoma de Nuevo León* en el año de 1999.

quienes se les aplicó una encuesta validada con el fin de evaluar sus conocimientos de autocuidados básicos sobre la enfermedad; el análisis de la información se realizó con estadística descriptiva, χ^2 y t de student.

Resultado obtenido: la edad promedio fue de 57 más menos 11 años, el 53.3% de los pacientes con el modelo educativo tienen mayor conocimiento sobre la enfermedad, mejor autocuidado y mejor control de glicemias que los que recibieron la información habitual con solo 30.3%.

Conclusiones: Los pacientes con el modelo educativo por enfermería tienen un mejor control metabólico por niveles de glicemia que los pacientes que no están en el modelo educativo.²

De acuerdo con Seguí y otros investigadores³ en sus respectivos estudios comprobaron que una intervención educativa podía mejorar los resultados metabólicos del paciente diabético reportando datos similares como la disminución de los niveles de glucosa y colesterol así como un aumento en las capacidades de autocuidado en los pacientes estudiados.

Anders demostró la eficacia de un programa educativo en pacientes con diabetes, y a diferencia de los otros investigadores encontró que disminuyó significativamente el número de hospitalizaciones anuales, lo cual nos indica que presentaron menos complicaciones.

Seguí realizó un estudio para saber si es posible mejorar los resultados metabólicos en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 mediante la intervención educativa de enfermería. Trabajó con un grupo de 51 pacientes con diabetes tipo 2 en un estudio prospectivo, descriptivo, transversal de dos cortes antes y después de la intervención que consistió en cuatro visitas educativas de enfermería en su domicilio con duración de veinte minutos donde se trataron temas relacionados con el cuidado de la diabetes (alimentación, ejercicio, fármacos, tabaquismo, auto-análisis, auto-

² ESTRADA, Chávez R., Gómez, Contreras G. y Cruz, Pérez A., "Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM-2" en *Revista de enfermería IMSS*, 2004; 12 (2): pp. 75-78.

³ Nota: Arauz, S., *et al.*, (2001), publicado por Anders Carol Louis, op. cit.

control de la enfermedad, cuidado de los pies, reconocimiento de hipoglucemia, manejo de complicaciones y situaciones agudas). Aunque no a todos se les completaron las cuatro visitas hubo resultados significativos tales como el aumento del nivel de auto-análisis del 55.8% al 70%, control de la hemoglobina glucosilada que disminuyó de 7.6% a 7.2%, el colesterol disminuyó de 221 a 216 mg/dL. Los pacientes que completaron sus cuatro visitas de enfermería la Hb A1c disminuyó de 7.8% a 7.2%. Estos datos sugieren que la intervención educativa de enfermería es capaz de mejorar la condición del paciente con Diabetes Mellitus.⁴

Aráuz realizó un estudio donde se ofrecía una alternativa de educación sobre la diabetes involucrando al paciente y a la familia. En la primera etapa se hizo un estudio cualitativo sobre el conocimiento relacionado con la prevención y tratamiento de la diabetes y sobre la disponibilidad de alimentos en la comunidad. A partir de estos resultados se desarrolló la metodología educativa.

La edad de los pacientes era en promedio de 57 más menos 8, 9 años, el 92% eran mujeres. Los resultados después del curso fueron los siguientes: disminución de la glicemia y de la hemoglobina glucosilada. No se reportaron cambios significativos en el peso ni en el perfil lipídico con excepción de los triglicéridos que disminuyeron significativamente. Este estudio sirve como argumento a favor de los programas educativos sobre el diagnóstico y la detección temprana de la diabetes que se deben llevar a cabo a nivel primario de atención a la salud involucrando a la familia en su totalidad.⁵

3.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

De acuerdo con la Secretaría de Salud según la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, la definición de esta afección es la siguiente: “Enfermedad sistémica crónico-degenerativa de carácter

⁴ LOUIS, Anders Carol, *Evaluando la eficacia de un programa de educación para la diabetes, estudio conducido por siete enfermeras y realizado en un corto tiempo* (10 semanas), Madrid, Diciembre de 2003.

⁵ *Ibid.*

heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas”.

La Diabetes Mellitus es problema de salud pública, se trata de una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial (8.7%), establece un alto impacto económico y social, que conlleva la disminución en la calidad de vida de los sujetos que la padecen, así como la pérdida de años de vida productiva y años de vida potencial a consecuencia de las complicaciones crónicas o de la mortalidad.

Los factores de riesgo como auxiliares para prevenir el desarrollo de la enfermedad o de sus complicaciones; influye en la oportunidad con que se identifiquen, así como el control que se alcance en los factores modificables tales como sobrepeso, obesidad, control de las enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, trastornos del metabolismo del colesterol y triglicéridos, sedentarismo, estrés emocional, tabaquismo y alcoholismo. Asimismo se utilizan como orientadores para establecer el tratamiento apropiado a cada diabético y como indicadores del pronóstico de la calidad de vida.

Los factores de riesgo pueden presentarse en cualquier momento del desarrollo de la historia natural de la enfermedad no obstante, suelen modificarse a través del tiempo; por ello es importante realizar una búsqueda intencional periódica para detectar en forma temprana la enfermedad y facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno, con el inicio de medidas preventivas potenciales como son la educación para la salud en grupos de riesgo, el control específico de factores modificables y evaluación de las opciones terapéuticas apropiadas a las características de cada diabético, lo cual repercutirá favorablemente en la morbilidad y mortalidad inherentes a la enfermedad.

Diagnóstico

Se establece el diagnóstico de diabetes si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos; poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, además de una glucemia plasmática casual > 200 mg/dL; glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dL; o bien glucemia > 200 mg/dL a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.

Clasificación

- Diabetes Mellitus insulino dependiente
- Diabetes Mellitus no insulino dependiente
- Diabetes Mellitus asociada con desnutrición
- Diabetes mellitus especificada
- Diabetes mellitus no especificada.⁶

Tratamiento y prevención

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico (niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la Hb A1c), prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad.

El tratamiento incluye:

- Manejo no farmacológico que consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.
- Tratamiento farmacológico.
- Educación del paciente y su familia, ya que el control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida.
- Automonitoreo.
- Vigilancia de complicaciones.

⁶ Organización Mundial de la Salud, *Lista de códigos CIE 10*, Clasificación Internacional de Enfermedades, Capítulo IV, décima versión, 2007.

Prevención primaria.

- Programas encaminados a lograr cambios en el estilo de vida aplicados a la comunidad en general, con énfasis especial en individuos con alto riesgo y en grupos escolares.
- Difundir a través de los medios de comunicación social información sobre los factores principales que deben evitarse: obesidad, desnutrición, sedentarismo, consumo de alcohol, estrés severo y prolongado, uso injustificado de medicamentos.
- Promover factores protectores para el control de esta enfermedad, como son el control de peso, práctica de actividad física y tener una alimentación saludable de acuerdo a las características de la región donde viven.

Prevención secundaria.

- Detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes.
- Realizar tamizaje a toda persona mayor de 25 años que acuda a consulta a las unidades de salud del sector público y privado.
- En los individuos con alto riesgo debe hacerse estudio de glucemia.
- Se realizará detección de diabetes durante el embarazo en todas las mujeres especialmente las de alto riesgo (con antecedentes de productos macrosómicos (> 4 kg) y/o con antecedentes de diabetes gestacional).

Complicaciones⁷

- Daño de los pequeños vasos sanguíneos (microangiopatía).
- Daño de los nervios periféricos (polineuropatía).
- Síndrome del pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- Daño de la retina (retinopatía).

⁷ Diabetes Mellitus - *Wikipedia, la enciclopedia libre*. Recuperado el 2 de mayo de 2007. es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

- Daño renal (nefropatía).
- Hígado graso o Hepatitis de hígado graso (adipohepatía).
- Daño de los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía): trastorno de las grandes venas. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de polineuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores.

Complicaciones agudas

- *Coma diabético*: el coma diabético es la consecuencia más grave de la diabetes y representa un peligro mortal. En un coma diabético pueden presentarse valores de glucosa en la sangre de 1000 mg/dL (los valores normales de glucosa en la sangre son de 60 a 120 mg/dL). Además, ocurre una sobre acidificación de la sangre (acidosis metabólica). Este coma es ocasionado por infecciones, mala alimentación (demasiados carbohidratos) o, en el caso de diabéticos que se inyectan insulina, por una dosificación errónea de insulina.
- *Hiper glucemia*: Elevación del nivel de glucosa en sangre por encima de los 110 mg/dL en ayunas o 180 mg/dL en valor posprandial. Suele ser consecuencia de error en la dosificación de insulina, exceso de hidratos de carbono en la comida (que también podría considerarse error en la dosificación de insulina), o por tomar medicamentos que elevan el nivel de glucosa en sangre, tales como los anticonceptivos orales o los corticoides.
- *Hipoglucemia*: Disminución del nivel de glucosa en sangre por debajo de los 50 mg/dL. Puede ser consecuencia de ejercicio físico no habitual o sobreesfuerzo, sobredosis de insulina, cambio en el lugar habitual de inyección, ingesta insuficiente de hidratos de carbono, diarreas o vómitos, etcétera.

3.3. MODELO TEÓRICO DE DOROTHEA E. OREM

El fundamento del modelo es el concepto de autocuidado considerado como el acto propio del individuo que sigue un patrón, y una secuencia que cuando se lleva a cabo eficazmente contribuya en forma específica a la integridad estructural, el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos.

El objetivo de la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDA) es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en un marco de trabajo para la disciplina, ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, el ambiente y la enfermería a partir de la salud.

Orem desarrolló su teoría a partir de los cuatro elementos paradigmáticos de la enfermería: persona, salud, enfermería y entorno. Su modelo del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por tres subteorías interrelacionadas:

1. **Teoría del autocuidado.** Que describe cómo y porqué las personas cuidan de sí mismas.
2. **Teoría del déficit de autocuidado.** Describe y explica como la enfermería puede ayudar a las personas.
3. **Teoría de los sistemas de enfermería.** Describe y explica las relaciones que hay que mantener para que exista la enfermería.

Los requisitos de autocuidado para la intervención de enfermería propuesta por Orem son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de su ciclo vital; en total son ocho.⁸

⁸ ANTOLOGÍA, *Compilación de teorías y modelos de enfermería*. Base teórica para las especializaciones. ENEO-UNAM. Junio 2004. pp. 440-41.

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

3.3.1. Teoría del déficit de autocuidado

Dicha teoría tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones por causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. El **autocuidado** es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Los déficit de autocuidado se identifican como **completos** o **parciales**, en donde el primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico, y en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer alguna(s) condición(es) subyacente(s) a una demanda de cuidado terapéutico.

Los déficit de autocuidado están asociados no sólo a las limitaciones de los individuos para realizar estas medidas de cuidados, sino también a la falta de validez o efectividad con que se llevan a cabo.

Existen factores internos o externos en los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado o afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, que Orem denomina como *factores condicionantes básicos*, y son:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidado de salud
- Factores del sistema familiar
- Patrón de vida
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

Éstos condicionan la *demanda de autocuidado terapéutico*, que se define como la cantidad y tipo de acciones de autocuidado que las personas deben realizar para sí mismas durante un cierto tiempo para satisfacer los requisitos de autocuidado.

La demanda de autocuidado terapéutico es una entidad creada por la persona. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos en un lugar, tiempo y momento determinados para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.

Implícita en la teoría del déficit de autocuidado se consideran tres elementos:

1. Agente de autocuidado
2. Agencia de cuidado dependiente
3. Agencia de autocuidado

La palabra “agente” se refiere a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. La agencia varía dependiendo la etapa de desarrollo, estado de salud y factores condicionantes básicos

Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera **agentes de autocuidado**.

El concepto de **agencia de cuidado dependiente** se refiere a la capacidad humana de los individuos de reconocer que otros tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden realizarlos por sí mismos y satisfacerlos total o parcialmente.

La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de **agencia de autocuidado**.

En resumen, es importante resaltar que el modelo del déficit de autocuidado se conforma a partir de la suma de tres subteorías consideradas en un conjunto, ver figura 1.



Figura 1. Subteorías.

3.3.2. Teoría de los sistemas de enfermería

Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. Una vez que la enfermera ha establecido que existe la situación de enfermería es importante la forma en que organiza sus

actividades y aborda el cuidado del paciente. La manera y el contexto en que la enfermera y el paciente interactúan son denominados sistema de enfermería.

Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones entre familiares y amigos.

En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención; refiere una serie continua de acciones que se da cuando las enfermeras vinculan su ayuda a las capacidades de la persona para regular acciones de autocuidado. Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería:⁹

- 1) Sistemas de enfermería totalmente compensatorios.
- 2) Sistemas de enfermería parcialmente compensatorios.
- 3) Sistemas de enfermería de apoyo educativo.

Sistema de enfermería totalmente compensatorio

(Hacer por el otro)

La enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente, ya que éste es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la profesional debe hacerse cargo de él hasta que pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

Sistema de enfermería parcialmente compensatorio

(Hacer con el otro)

La enfermera actúa en forma compensatoria, pero el paciente está mucho más implícito en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

⁹ OREM, Dorothea E., *Conceptos de enfermería en la práctica*, Barcelona, Masson Salvat, 1993, pp. 319.

Sistema de enfermería de apoyo educativo

(Dejar hacer al otro)

Es apropiado cuando el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado, el papel de la enfermera se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades para que éste aprenda a realizar medidas de autocuidado.

Supuestos en la teoría general de enfermería de Orem

Realizarse para sí mismas durante un cierto tiempo para satisfacer los requisitos de autocuidado.

La enfermera que lleva a cabo actividades en el área de salud pública, tiene un rol específico en este medio:

- La enfermera, especialista en salud pública, hace uso del modelo teórico de Orem, ya que al realizar el estudio de caso integra todos los aspectos de la actividad de enfermería asegurando que hay un proceso dinámico, y que en el paciente y/o individuos se produce una respuesta a los cambios
- Para realizar mantenimiento, promoción de la salud y prevención de la enfermedad es necesario conocer la estructura, funcionamiento humano y las enfermedades o factores que interfieren en la condición humana. La enfermera tiene la obligación de proporcionar los cuidados, así como orientar al sujeto que no puede autocuidarse.

A nivel primario, se deben satisfacer los requisitos universales de acuerdo con la edad, condiciones ambientales y estado de desarrollo. El papel de la comunidad en el cuidado de la salud está relacionado con el control de las condiciones ambientales y la adecuación de los recursos esenciales, proporcionar educación, servicios de salud públicos o privados.

Lo anterior está basado en:

- Todos los individuos tienen requerimientos a nivel de prevención primaria.
- El autocuidado universal y del desarrollo incluyen requerimientos a nivel de prevención primaria, prácticas para promover, mantener la salud y prevenir enfermedades.
- Las enfermeras orientan a los pacientes sobre la prevención, promoción de la salud y para la modificación de factores de riesgo.
- Las enfermeras ayudan a los pacientes en factores para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.

3.4. TEORÍAS DE LA FAMILIA

Algunas de las teorías de familia son: la teoría estructural funcionalista, teoría de sistemas y la teoría del desarrollo.

3.4.1. Teoría estructural funcionalista.

El modelo estructural se define como "el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia"¹⁰, estas pautas establecen cómo, cuándo, y con quién cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros.

La familia es la unidad social primaria que se caracteriza por sus vínculos y por las relaciones afectivas que en su interior se dan. Los miembros del grupo familiar cumplen roles y funciones, y son los que permiten relacionarse con otros sistemas externos.

Revilla expone una clasificación de familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes en su

¹⁰ MINUCHIN, S., *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Editorial Crónica, 1997, pp. 88-89.

localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de cuatro hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados).¹¹

Revilla considera que clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad.¹²

El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así existen familias clasificadas como grandes (7 y más miembros), medianas (4 a 6 miembros) y pequeñas (1, 2 y 3 miembros). Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etcétera. Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior.

Raymundo Macías considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de variables:¹³

- *Límites*, que están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera lo hacen en la familia.

Los límites al interior del sistema se establecen entre los subsistemas familiares (individual, conyugal, parental y fraterno) y pueden ser de tres tipos: claros, difusos, rígidos.

- *Jerarquía*, que hace referencia al miembro con mayor poder en la familia.

¹¹ REVILLA, L., "Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria" en *Revista Internacional* Vol. 8, No 2 1991, pp. 40-108.

¹² *Ibidem*.

¹³ MACIAS, R., *Antología de la sexualidad humana II*, México, Porrúa, 1994, pp. 163-5.

- *Centralidad*, miembro con base en quien gira la mayor parte de las interacciones familiares; dicho miembro puede destacarse por cuestiones positivas o negativas.
- *Periferia*, miembro menos implicado en las interacciones familiares.
- *Alianzas*, se refieren a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro.
- *Coaliciones*, que son la unión de dos o más personas para dañar a otra.
- *Hijo (a) parental*, es aquel miembro de la familia que asume el papel de padre o madre.

Las funciones de la familia permiten que sus miembros desarrollen su autonomía e identidad:

1. *Afectiva*: es el clima afectivo que transmite la familia y está expresado en la calidad de sus lazos de amor, lealtad, apoyo y reconocimiento. Esta función es la única que la familia no puede delegar al sistema social.
2. *Socialización*: a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros. Esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidades propio de cada familia, y de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle.
3. *Sexual*: se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia. Desde una perspectiva social es vista como la función que garantiza la reproducción poblacional.
4. *Económica*: comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales.
5. *Atención a la salud*: enfocada a los servicios de salud y/o a la utilización de medicina alternativa.

3.4.2. Teoría del desarrollo

Interrelacionar las teorías de familia y las teorías de desarrollo como puntos de entrada a través de los cuales se pueden influenciar cambios sociales más amplios es comprender el desarrollo de los individuos y la sociedad, al reconocer que las desigualdades sociales, la violencia política y económica, el desempleo y los cambios tecnológicos influyen en las interacciones de hombres y mujeres, afectando las posibilidades de desarrollo integral e igualitario de los miembros que conforman los grupos familiares a su vez, influenciado por las estructuras de dominación que se dan a su interior ya sea por género o generación.

La teoría del desarrollo familiar plantea que la familia juega un papel importante en el proceso de acoplar la educación, en sus diversas manifestaciones, a las actividades cotidianas y contribuye de forma especial a la comprensión del desarrollo individual, familiar y social, al integrar en el proceso de formación y acción social tres momentos constitutivos que en su orden permiten:

1. Conocer las condiciones de las familias mediante el acercamiento inicial a su cotidianidad.
2. Caracterizar las familias según el contexto en el cual se desenvuelven.
3. Involucrar a los integrantes de las familias y la comunidad para planear, organizar, ejecutar y evaluar proyectos de vida con calidad.

Estas etapas ilustran las conductas familiares comunes que pueden esperarse en momentos específicos del ciclo de desarrollo la vida familiar. Cuando se habla de ciclo vital se refiere a las etapas que las personas atraviesan en general a lo largo de la vida. El pasaje de una etapa a otra implica un cambio y todo cambio en sí mismo se puede considerar una crisis no sólo en las personas que la atraviesan, sino también en el grupo familiar.

Las etapas del ciclo vital son las siguientes:

- I. Constitución de la pareja.
- II. Nacimiento y crianza.
- III. Hijos en edad escolar.
- IV. Adolescencia.
- V. Casamiento y salida de los hijos del hogar.
- VI. Etapa madura.
- VII. Ancianidad.

I. Constitución de la pareja.

Con la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema que será el inicio de una nueva familia. Este nuevo sistema/pareja tendrá características nuevas y propias. Cada uno de los cónyuges traerá creencias, modalidades y expectativas que habrá heredado de su familia de origen. Al formar un nuevo sistema tendrán que examinar cada una de éstas y negociar para establecer su nueva identidad como una nueva familia aceptando las diferencias y manteniendo sus individualidades.

II. Nacimiento y crianza.

El nacimiento de un hijo crea muchos cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Desde la gestación, el sistema de dos pasa a estructurarse a tres, ya incluso desde el embarazo los padres van creando un espacio para este bebé (expectativas con respecto al sexo, búsqueda del nombre, elegir un lugar en la casa) después se traslada al afuera y se concreta (comprarle ropa, decoración del espacio elegido, etc.).

Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna), y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.

III. Hijos en edad escolar.

Esta es una etapa crucial en la evolución de la familia. Es el primer desprendimiento del niño del seno familiar. Se unirá a una nueva institución con maestros y

compañeros y realizará nuevas actividades fuera del hogar. La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros).

Los padres tendrán por primera vez una imagen externa de su hijo la que le transmitirán los maestros.

IV. Adolescencia.

La adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Se producen grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de éstos con el exterior.

El adolescente sufre una gran crisis de identidad. Su cuerpo sufre cambios físicos, es una etapa de grandes turbulencias emocionales, porque comienza el desafío de transformarse en adulto (dejando la imagen de la infancia idealizada por los padres).

V. Casamiento y salida de los hijos del hogar.

Esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entrarán en una nueva etapa donde deberán formar su propia familia para poder continuar el ciclo vital.

Los padres se enfrentan a la salida definitiva de los hijos del hogar. A partir de este momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias.

VI. Edad madura.

La pareja se enfrentará a nuevos desafíos. Por un lado, el reencuentro entre ellos, dado por la salida de los hijos del hogar parental y por el cese laboral, de las características de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Por otro lado deberán afrontar cambios no sólo en lo individual sino también a nivel familiar.

El fin de la vida laboral (jubilación) que por algunos es tomado como el inicio de una nueva etapa, permitirá realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar

de los nietos y seguir generando proyectos, no obstante para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa “improductiva”.

En las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a, que les permitirá a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos con respecto al que tenían con sus propios hijos.

VII. Ancianidad.

Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas, etc.) o emocional (pensamientos con respecto a la muerte, pérdida de seres queridos, etc.). Todo esto requiere de un proceso.

En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones con los hijos o hermanos a lo largo de la historia familiar.

Finalmente los abuelos son los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, contribuyendo a establecer su identidad individual y familiar. Esto los ubica en un lugar privilegiado que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general.

3.5. PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas de las personas o grupos a las alteraciones de salud.¹⁴

Su principal objetivo es promover, mantener o recuperar la salud y ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica; por otra parte, permite a los individuos o grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades.

¹⁴ ALFARO, Rosalinda, *Aplicaciones del proceso de enfermería*, Editorial Doyma, 1995, pp. 157.

Además, permite mantener el nivel óptimo de bienestar del paciente, y si dicho nivel decae, proporcionarle la calidad y cantidad 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.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad. Proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.¹⁵

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

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 continuo de recopilación de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones.

Estas fuentes se pueden clasificar como primarias y secundarias, identificando al propio paciente como la fuente primaria, a quien se utiliza para obtener los siguientes datos:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, ya que se trata de lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica (sentimientos).

¹⁵ LÓPEZ, P., "Proceso de enfermería" en *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 2004, 10, pp. 37-38.

- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial, entre otros).
- Datos históricos: aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento, ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.

Las fuentes secundarias serán todas aquellas personas o documentos a los que se puede tener acceso siempre y cuando tengan una vinculación con el paciente, éstas son relevantes para la confrontación de los datos obtenidos acerca del paciente.

La fase de valoración debe ofrecer una base sólida de manera que favorezca la prestación de una atención individualizada de calidad.

Una valoración de enfermería completa puede identificar muchas respuestas reales o potenciales del paciente que exigen una intervención. La valoración de cada una de ellas puede ser poco realista o difícil de manejar, por tanto, es vital establecer un sistema o marco conceptual, para determinar qué datos deben reunirse en primer lugar, marco que a su vez dependerá del modelo teórico de enfermería que se utilice para valorar al paciente.

En la teoría de Orem, las prioridades que respecta al orden en que se recopilan 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 recopilará 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 principales para obtener información durante la valoración y éstas son: entrevista, observación y

exploración física. Tales técnicas proporcionan al profesional de enfermería los datos necesarios para el posterior diagnóstico y planificación de los cuidados.

DIAGNÓSTICO

Se ha de considerar este segundo paso como la fase final de la valoración. Consiste en el establecimiento de conclusiones relativas a los datos que se han recopilado y analizado. Por tanto, el diagnóstico permitirá, mediante un término concreto, entender la situación del paciente, en el que se identifican tanto los aspectos positivos derivados de la capacidad y de los recursos de aquél como los negativos, asociados a sus perturbaciones y limitaciones.

En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.

La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería:

1. **Reales.** 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.
2. **De alto riesgo.** Juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema.
3. **De bienestar.** Juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado

Por otra parte, el enunciado del diagnóstico de enfermería debe constar de una, dos o tres partes, lo cual depende del tipo de diagnóstico: los de bienestar se escriben como enunciados de una sola parte; los de alto riesgo constan de dos partes, los problemas y los factores de riesgo relacionados con el mismo y el

diagnóstico real consta de tres partes (problema, factores concurrentes, signos y síntomas).

Finalmente, el diagnóstico de enfermería permite categorizar las actividades de enfermería:

1. Independientes: son las que realiza el profesional de enfermería como resultado de su juicio crítico basado en la ciencia o conocimiento de la enfermería. Se derivan de la visión global del paciente.
2. Dependientes: son aquellas derivadas del diagnóstico médico; son las órdenes médicas.
3. Interdependientes: son aquellas que dependen de la interrelación que se tiene con los otros miembros del equipo de salud.

Estructura del diagnóstico de enfermería con base en el formato **PES**:¹⁶

Al enunciar cada diagnóstico se tiene en cuenta que la primera parte del enunciado identifica el **problema** o respuesta del paciente; la segunda describe **la etiología** o causa del problema; y la última, los factores o **signos y síntomas** que contribuyen al mismo.

Las primeras dos se unen con la frase **relacionado con**, y ya unidos se enlazan con los signos y síntomas que se detectaron con la palabra **manifestado por**.

P = El problema.

E = La etiología.

S = Los signos y síntomas.

PLANIFICACIÓN

¹⁶ RODRÍGUEZ, Bertha A., *Proceso enfermero*, Editorial Cuellar, 2da. edición 2006, Capítulo IV, pp. 51-72.

Esta tercera etapa del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico.

La planificación consta de cuatro etapas:

1. Establecimiento de prioridades de los problemas diagnosticados, de acuerdo con el modelo teórico y de las características del propio paciente.
2. Elaboración de objetivos a corto, mediano y largo plazo. Éstos dependerán del tiempo que se haya programado para su consecución, por lo general los objetivos a mediano y largo plazo se refieren a la prevención de complicaciones, a la rehabilitación y a la educación sanitaria.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería. Las acciones irán encaminadas hacia la consecución de los objetivos, siendo éstas claras y capaces de ser realizadas y adaptadas a la problemática específica del paciente.
4. Documentación del plan. Todas las decisiones tomadas durante la planificación de los cuidados deben ser precisadas en el plan de cuidados, que constituye una de las fuentes básicas de información acerca del paciente, en donde se incluye una descripción de sus problemas y un programa de actuación para tratar de resolverlos.

EJECUCIÓN

En la cuarta etapa del proceso de atención se lleva a cabo la ejecución de las intervenciones de enfermería de acuerdo con el plan de cuidados. Durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario y prestar cuidados directos al paciente.

La ejecución se lleva a cabo en tres etapas: preparación, intervención y documentación.

1. La primera consiste en una serie de actividades como son la revisión de las intervenciones para asegurarse que sean compatibles con el plan de cuidados que se ha establecido. Proporcionar los recursos necesarios y preparar un entorno seguro que conduzca a los tipos de actividades necesarios.
2. La intervención contiene un enfoque diseñado para cubrir la mayor parte de las necesidades físicas o emocionales del paciente. Su abordaje puede incluir el inicio de acciones independientes e interdependientes.
3. Documentación, se refiere al registro de acciones y reacciones. Estos registros sustentan la aproximación a los objetivos propuestos y proporciona la orientación necesaria para continuar trabajando sobre el problema.

EVALUACIÓN

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería. En esta etapa el diagnóstico y los objetivos propuestos para la resolución de problemas se utilizarán como marco para la evaluación.

No se debe considerar como la última etapa del proceso, ya que la evaluación es permanente porque ayuda a reorientar el plan a favor del paciente. En otras palabras, cada una de las etapas del proceso están estrechamente ligadas, por lo que es importante tener en cuenta que se evalúan regular y sistemáticamente las respuestas del paciente con el fin de determinar cuál ha sido su evolución para el logro de los objetivos marcados, de diagnósticos enfermeros, y del plan de cuidados.

En resumen, la evaluación consta de tres partes:

1. Logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo. Es decir, si el objetivo se logró, lo cual puede ocurrir de forma total, parcial o nula.
2. Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.

3. La satisfacción del paciente atendido. Es importante conocer su apreciación y discutir con el paciente acerca de sus cuidados.

3.6. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

Los estudios de caso deben de considerar aspectos éticos que garanticen el respeto y la dignidad de las familias en estudio. Dentro de este marco ético se consideró el Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros Mexicanos, así como el consentimiento informado que además de ser de instancia ética es una obligación legal. En relación con el consentimiento informado se le proporcionó a la familia información sobre la justificación y los objetivos del estudio a realizar, así como el tiempo programado para su alcance; se hizo mención de los procedimientos a realizar haciendo hincapié en los beneficios a corto y largo plazo, así como la garantía de responder a sus dudas relacionadas con sus necesidades de salud y/o con los objetivos del estudio.

Con base en un instrumento de valoración, se obtuvo información sobre la familia a la cual se les aseguró el manejo confidencial de la misma, ya que todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios de salud, así mismo se les dio la libertad de contestar o no, cada una de las preguntas.

Los resultados obtenidos en los estudios de caso se reservan el derecho de publicación, así como la identificación de las personas que participan en los mismos. Estos estudios tienen un riesgo mínimo, ya que se llevan a cabo intervenciones con base en la valoración.

El sustento legal que se da a lo anterior está en el ***Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.***

Art. 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
- VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

Art. 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- 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 observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Art. 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para ésta 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 la información a que se refieren el artículo 21 de este Reglamento.

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 institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida 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 dejar de participar en cualquier momento del estudio.

Código de Bioética para el Personal de Salud 2002.

Art. 5. Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor.

Art. 18. Todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige.

Art. 31. El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención

para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.

Art. 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

- I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades.

METODOLOGÍA

4.1. SELECCIÓN DE LA FAMILIA

El CUEC (Centro Universitario de Enfermería Comunitaria) como sede y área de influencia permitió hacer la promoción de la intervención por medio de la publicación de carteles, en los cuales se mencionaban las principales actividades a realizar en el AGEB 052-7, Sector 8, ubicado en el pueblo de San Luis Tlaxialtemalco Xochimilco (Anexo 1).

Para la selección se realizó un recorrido casa por casa, con el objeto de buscar una familia en donde algún miembro de ésta presentara predisposición a diabetes o con diagnóstico de diabetes. Durante este recorrido una paciente se mostró interesada en participar en las actividades que se mencionaban en la publicidad y solicitó ser intervenida, así que nos invitó a pasar a su domicilio, que, por cierto, no estaba contemplado para ser visitado porque no correspondía al área asignada.

En esta primera visita manifiesta la paciente la necesidad del ser reorientada sobre el autocuidado que debe de tener para el control de su padecimiento, el cual es de Diabetes Mellitus tipo 2. Así mismo, ante su disposición, se le informa sobre los objetivos que se pretenden, la finalidad académica y el respeto a la privacidad de la información que proporcione para el estudio de caso.

4.2. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA FAMILIA

Se trata de una familia nuclear con parientes próximos, formada por el padre (P.) de 66 años, y la madre (G.) de 56 años, ambos con escolaridad de primaria, casados por la iglesia católica hace 40 años, concibieron tres hijos: hijo 1 (R.) femenino de 33 años; hijo 2 (B.) masculino de 30 años; hijo 3 (S.) femenino de 28 años, los tres son profesionistas, casados y cada quien vive con su familia fuera del área de Xochimilco. P. y G. son abuelos de tres nietos: C. femenino de 6 años hija de R., W. masculino de 4 años hijo de B., y N. femenino de 1 año hija de S.

Todos son de religión católica, asisten a misa dominical, así como a las actividades religiosas y tradicionales que se celebran en el pueblo. Es una familia que se ha dedicado siempre al cultivo, cuidado y venta de flores, ésta es su principal fuente de ingreso para solventar sus gastos.

Son sociables y gustan de convivir con sus familiares cercanos: hermanos, primos, primos-hermanos, sobrinos, etc., que viven en la misma comunidad.

El domicilio de la familia se ubica en la Calle T, núm. 17 en el pueblo de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco.

Cerca de este domicilio vive el hermano de G. con su madre (en adelante la llamaremos A).

A. tiene 77 años, es viuda desde hace 1 año, se desconoce su escolaridad.

4.3. VALORACIÓN FAMILIAR (Anexo 5)

4.3.1. Factores condicionantes básicos

Su vivienda es propia, es una construcción terminada de tabique, techos de loza, paredes aplanadas con yeso, terminados en color y piso de granito. Tiene dos niveles, en el primero se ubica la sala, comedor, cocina, una antesala, un patio delantero y otro en la parte de atrás. En el segundo nivel están las recámaras, así como una estancia para descanso. El baño se ubica en el patio trasero. La casa tiene buena ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios, agua intradomiciliaria, luz, teléfono.

4.4. HISTORIA DE PATRONES FAMILIARES

P. Padre de familia, proviene de una familia compuesta. Tiene 66 años, talla de 165 cm, peso 79 kg, su cintura mide 104 cm, es sedentario, obeso, la actividad física que realiza es de rutina sólo para el desarrollo de sus actividades laborales. Tiene hermanos diabéticos sin indicar el número, refiere ser fumador desde hace muchos años sin especificar cuántos, fuma alrededor de una cajetilla diaria, es alcohólico

social llegando al grado de la embriaguez, cada ocho o quince días. Renuente para aceptar cualquier tipo de información que se relacione con la salud.

Se dedica a la floricultura y su horario de trabajo es variable ya que es el patrón. Tiene cinco trabajadores, lo que hace que disponga de tiempo para ir a las chinampas, al mercado para la venta de flores, y a su casa a desayunar o a comer. Fue intervenido quirúrgicamente por hemorroides hace cuatro años. Actualmente acude al servicio médico particular para tratamiento por insuficiencia venosa en extremidades pélvicas.

G. Madre de familia, proviene de una familia compuesta, tiene 56 años, talla 150 cm, peso 60 kg, cintura 98 cm, padece de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace once años, tratada con medicamentos orales no especificados durante diez años, y con insulina de acción rápida hace un año por descompensaciones repetitivas, ya que era inconsistente en su tratamiento farmacológico y en la dieta. No tiene acceso a la seguridad social por lo que acude al servicio médico privado.

Se observa pterigión invasor en ambos ojos, cursa con insuficiencia venosa en miembros pélvicos, no realiza ejercicio, camina diariamente pero no considerado como ejercicio sino como parte de su rutina. Tiene sobrepeso, no fuma, no consume bebidas alcohólicas, sin antecedentes quirúrgicos, gusta de comer entre comidas pan, galletas, flanes o algún “taquito de guisado”.

A. Madre de G., tiene 77 años, mide 150 cm, se desconocen más datos de ella. Padece alzheimer desde hace año y medio, tiene tratamiento controlado por médico particular, se comunica con su hija en pocas ocasiones en forma congruente, lo que ocasiona que se le ignore en la mayor parte del tiempo.

Permanece en casa de G. alrededor de cinco a seis horas, para que ella la cuide y le proporcione algunos cuidados como son bañarla, cambio de pañal, ministración de medicamentos, darle de comer y sobre todo mantenerla bajo llave para evitar que se salga de la casa, ya que en casa de su hijo intentó salirse en ausencia de la familia, pero en el intento se cayó, provocándose múltiples golpes en cara y cuerpo.

J. Padre de G. falleció hace un año, a causa de una caída.

4.5. ESTRUCTURA FAMILIAR

Estructura de rol

P. Rol de jefe de familia, proveedor mayoritario de la economía familiar, dominador en su casa, sociable y afectivo fuera de ella. Últimamente distante y molesto con G. por lo que la comunicación con ella es mínima, no gusta de comunicarse con su suegra por la enfermedad que tiene y por considerarla una sobrecarga de trabajo para su esposa y a su vez, un pretexto para ya no acompañarlo a sus reuniones sociales de fin de semana. Él se encarga de realizar todo trámite administrativo que se relacione con su casa o con el trabajo que ambos realizan.

G. Rol de madre de familia, proveedora minoritaria en la economía familiar, ya que participa en el cuidado y venta de las flores en el mercado del pueblo, elabora gelatinas y flanes para vender ocasionalmente. Es afectiva, se socializa fácilmente, cuida de su hogar, participa en el cuidado de la salud de su madre, lo que ha ocasionado problemas de comunicación con su esposo.

Sistema de valores

Los límites son claros. Los dos participan en celebraciones propias del pueblo (19 de agosto, fiesta de San Luis) y en festividades tradicionales como son la Semana Santa, el día de la Virgen de Guadalupe, misa de Navidad y Año Nuevo. Simbolizan su religión con una cruz en la pared muy cercana al portón de la calle.

Las reglas de la casa son: respetar los horarios de comida, el orden de la casa “todo en su lugar”, reparar de inmediato algún detalle o desperfecto dentro de casa.

El compadrazgo tiene un significado importante para ellos, por lo tanto no pueden rechazar alguna invitación para serlo.

Proceso de comunicación

La comunicación entre ellos se deterioró a partir de que G. empezó a acudir al domicilio de su hermano para ayudarlo a cuidar de A.

Manifiesta G. que esto le toma mucho tiempo, y sobre todo descuido para ella misma sobre su estado de salud. La situación se volvió estresante y difícil cuando ella decide llevarla a su casa y tenerla unas horas bajo su cuidado, así podría cuidar de A. sin desatender a P., sin embargo P. nos manifiesta su inconformidad y enojo por dicha situación, pero no se lo dice verbalmente a G., y se muestra distante de ambas mujeres.

Estructura de poder

P. es quien aporta mayoritariamente recursos económicos al hogar, se interesa por saber lo que sucede dentro de su hogar para ser él quien tome decisiones prioritariamente. El subsistema marital se ve afectado, porque G. todo el tiempo le refiere estar muy cansada o se siente enferma.

P. ahora se siente desplazado por la presencia de A.

4.6. FUNCIONES FAMILIARES

A) Función afectiva

Sus sentimientos de afecto los demuestran a través del contacto físico, verbalmente y con atenciones, alguna palmadita en la espalda. Los sentimientos de enojo los ha distanciado al grado de no se hablarse, esto se pudo percibir en algunas de las visitas, él se tenía que alejar para que ella se acercara a hablar.

B) Función de socialización

Las actividades del hogar le corresponden a G., orden, limpieza y comida, y a P. el mantenimiento para el buen estado físico de la misma.

Gustan de visitar a sus familiares cercanos y asistir a las reuniones a la que son invitados ya sea para ser padrinos o para celebrar algún evento como bautizo, boda, comunión; o simplemente conviven con sus hijos y sus respectivas familias, cuando éstos avisan su llegada al domicilio.

C) Función sexual

Existen problemas para ejercer su sexualidad, ya que la comunicación está deteriorada. Ella manifiesta que él es machista y él por su lado manifiesta la indiferencia hacia su persona cuando pretende acercarse a G.

D) Función económica

Satisfacen la necesidad de comida, ropa y servicios de salud con el dinero que ambos generan en su negocio, así como los pequeños ingresos extras. El porcentaje mayor de aportación económica es por parte de P.

E) Función de atención a la salud

No tienen seguridad social, acuden al servicio médico particular para el control y cuidado de la salud. Hace uso de la medicina tradicional, a través de la cocción de hojas de algunas plantas para preparar té como infusión curativa. Las más comunes son la hierbabuena, manzanilla, tila.

Realizan actividades de rutina para su autocuidado como son: baño diario con cambio de ropa completo, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, cepillado de dientes una a dos veces por día. Lava y desinfecta las frutas y verduras, consumen agua de garrafón.

Uso de ropa de acuerdo con la temporada, además de asear diario su vivienda y realizar el cambio de ropa de cama cada semana.

4.7. REQUISITOS UNIVERSALES

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

La ventilación de la casa es adecuada y suficiente. Protegen sus vías respiratorias abrigándose, actualmente no manifiestan alteraciones respiratorias. Los posibles contaminantes son los plaguicidas, químico que no lo aplican ellos, se le asigna la tarea a los empleados.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

Cuentan con agua intradomiciliaria que es utilizada para limpieza, aseo personal, lavado de ropa, etc., pero no para consumir, ya que ellos compran agua de garrafón.

G. acostumbra tomar agua preparada con fruta de temporada, P. prefiere refresco de cola o cerveza.

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:

G. es la encargada de comprar, organizar y preparar los alimentos, ella prefiere las verduras, carne blanca, pescado y poca carne roja, P. prefiere la carne roja con grasa, muchas tortillas, salsas.

Ellos acuden cada fin de semana a reuniones sociales lo que ha generado que ambos incrementaran de peso, porque no pueden rechazar la invitación a comer y menos despreciar la comida ya servida, lo que les ha generado un desequilibrio en la dieta tanto de G. como de P., puesto que el comer en exceso le ha provocado estreñimiento y dolor en la extremidades pélvicas por el padecimiento circulatorio que tiene.

4. Provisión de cuidados asociados a los problemas de eliminación:

Tienen servicio de drenaje, desechan la basura en bolsas cerradas con el recolector de basura que pasa cada tercer día, lo que evita la reproducción de fauna nociva.

P. consume ciruelas pasas para el estreñimiento; en caso de diarrea se automedica.

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo:

Duermen alrededor de siete u ocho horas, P. trabaja generalmente de las 5:30 a.m. hasta las 5:00 p.m. con intervalos porque acude a su casa a desayunar y a comer, en sus ratos libres gusta de estar acostado mirando televisión.

G. trabaja alrededor de tres a cuatro horas por las mañanas en el negocio de las flores, posteriormente se va a casa a realizar las labores del hogar y a preparar la comida para P., A. y para los cinco jornaleros de P., a cambio de una cuota. Además cuida de A. y prepara gelatinas y flanes para vender. Por la diversidad de actividades

que tiene que realizar y la deformación ósea que presenta en ambos pies (juanetes), le es más cómodo usar huaraches, lo que le ha ocasionado resequedad en la piel. En el transcurso del día no realiza cambio de calzado por lo que se ensucia los pies y no se los asea, ocasionando que se acumule entre la planta de sus pies y el huarache pequeñas cantidades de tierra que se introducen al caminar por la calle y al realizar su trabajo en el invernadero. El calzado que utiliza no es el adecuado, pues le causa problemas después de traerlos puestos por más de ocho horas. G. refiere presentar edema y cambios en la coloración de la piel en ambos pies cuando se siente muy cansada.

P. y G. son floricultores, como ya lo habíamos señalado, y no realizan ninguna actividad deportiva debido a sus múltiples ocupaciones y compromisos.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la integración social:

Ellos son invitados a celebraciones como bodas, comuniones, quince años, bautizos, entre otros eventos, por lo regular los sábados, y los domingos son visitados por sus hijos y nietos o algún otro familiar cercano.

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:

No tienen conocimientos de primeros auxilios, sin embargo, sí saben a donde acudir en caso de requerir el servicio médico de urgencias. Tienen contacto cercano con plaguicidas, aunque la aplicación la hacen los trabajadores. Refiere P. que el agua que utilizan para el riego de sus plantas no es potable y aunque no huele mal, su aspecto no es agradable, por ello es que P. no consume verduras.

8. Promoción del funcionamiento humano dentro de los grupos sociales:

La relación con los vecinos y familiares es buena.

4.8. REQUISITOS DE AUTOCUIDADOS DE DESARROLLO

Etapas de desarrollo familiar:

De acuerdo con el ordenamiento de las fases evolutivas de los distintos momentos de la vida familiar, esta familia se encuentra en la etapa de edad madura y ancianidad.

Tienen nuevos roles: abuelo/a, presentan cambios a nivel corporal, como es el caso de P. que tiene obesidad, siendo un factor de riesgo para Diabetes Mellitus, G. cursa actualmente con diabetes tipo 2, y A. tiene Alzheimer.

La familia presenta alteración emocional, en G. su estado de salud y deterioro por la diabetes, el fallecimiento de su padre hace un año a causa de una caída, el deterioro neurológico de su madre por la enfermedad de Alzheimer, y la conducta de P. hacia ella y su madre, siendo esta conducta en ocasiones distante por lo que la comunicación es deficiente, de enojo, o de ignorar la presencia de ambas.

G. asume el rol de cuidador por algunas horas.

4.9. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

G. acude a sus citas médicas en tiempo y forma, acompañada por su esposo quien fue el que contactó al médico con quien tenía que acudir para su atención y tratamiento de la diabetes. G. está consciente de su enfermedad, pero se muestra preocupada por el deterioro que van presentando los diabéticos con el tiempo, aunque estén bajo vigilancia médica. Intenta asumir su responsabilidad de autocuidado y participa en ello pero no en todos los aspectos, ya que en ocasiones ingiere alimentos con alta cantidad de grasas y carbohidratos, dando como resultado sobrepeso.

4.10. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1. Alteración de la nutrición por exceso **relacionado con** el incremento en el consumo de alimentos ricos en grasa y carbohidratos en relación con las necesidades metabólicas **manifestado por** obesidad.

Objetivo: Mantener una buena nutrición.

Intervención: Aspectos relacionados con la nutrición

En relación con hábitos y costumbres de la familia se establece una relación de respeto para sugerir modificación en los estilos de vida que ayuden a contrarrestar la obesidad y sus complicaciones.

- Se entrega tríptico informativo sobre alimentación con base en el plato del bien comer (Anexo 7).
- Indicaciones sobre la importancia del saber decir NO a determinados alimentos cuando estos ponen en riesgo la salud.
- Información con apoyo en diapositivas sobre las enfermedades y sus complicaciones relacionadas con la malnutrición, sobrepeso y obesidad.
- Invitación para visitar el CUEC para su integración al club de diabéticos.
- De acuerdo con el tratamiento, asegurarse de no incrementar de peso, controlar los excesos de comida.

Evaluación:

- No lee el tríptico, refiere no acordarse donde lo dejó.
- No se arriesgan a usar el NO, ya que sus costumbres no le permiten rechazar la comida ya servida y aún más cuando son invitados de honor.
- G. informa sobre la disposición para el auto-control de peso, así como la disposición para pertenecer al club de diabéticos.
- P. accedió para que se le visitara el día 6 de marzo bajo la condición de que no se le quitará mucho tiempo.

2. Estreñimiento **relacionado con** el aporte insuficiente de líquidos y fibras **manifestado por** la eliminación de heces duras, secas y formadas.

Objetivo: Favorecer al funcionamiento normal del intestino.

Intervención: Cuidados asociados con los procesos de eliminación

- Orientación sobre los beneficios que tiene el consumo de fibra en su dieta (pero no en exceso) y la importancia de incrementar la ingesta de líquidos.
- Evitar el consumo de alimentos con efecto diurético como el café, té y el jugo de uva o los alimentos que contengan harinas y azúcares refinados.
- Hacer ejercicio de forma moderada diariamente, como caminar en promedio 30 minutos.
- Se informa sobre aspectos básicos como: no reprimir nunca la necesidad de evacuar, habituarse a deposiciones en un horario regular, procurando ir con tiempo y nunca con prisas, evitar esfuerzos excesivos en la evacuación.
- Evitar el uso de laxantes, el uso continuo puede producir alteraciones intestinales y crear hábito.
- Comer despacio y masticar bien los alimentos. Procurar comer a horas regulares.

Evaluación:

- G. manifiesta no ingerir agua no porque no le guste, sino porque tiene que ir al baño muy seguido y cuando se encuentra en la calle es difícil localizar un sanitario.
- Adquirió en una tienda naturista un laxante que le indica su médico tratante, pero no se lo toma como se lo indicaron, porque es más cómodo estar estreñida.
- A través de una presentación sobre nutrición, se orienta sobre los alimentos que contienen fibra.
- P. consume agua de fruta únicamente a la hora de la comida.
- Muestran renuencia para el consumo de alimentos que contienen fibra.

3. Deterioro de la comunicación verbal **relacionado con** la presencia de un familiar en el hogar enfermo de alzheimer **manifestado por** cambios en el estado emocional y de conducta entre los integrantes de la familia.

Objetivo: Lograr empatía en la comunicación, disminuyendo el nivel de estrés y ansiedad, a través del conocimiento sobre la enfermedad de alzheimer.

Intervención: Para corregir el patrón de relación y afrontamiento.

- De acuerdo con su nivel cultural y respetando roles familiares, se hace una presentación breve y explícita de la enfermedad de alzheimer, tratamiento, evolución y cuidados que requiere el enfermo por parte de la familia.
- De acuerdo con sus recursos y disposición se hace la sugerencia para:
 - Contratar a una persona que les ayude con el cuidado de A., durante el tiempo que no puedan atenderla para evitar sentimientos de culpa.
 - Hacer una reunión entre los hermanos interesados en colaborar, para compartir responsabilidades sobre su cuidado, tratamiento y gastos que generan las consultas médicas.
- Tomando en cuenta normas y principios intrafamiliares se hace la sugerencia para:
 - Mejorar la comunicación estableciendo una conversación con disponibilidad de ambas partes, donde se expongan inconformidades y con conocimiento de ellas, generar alternativas para su solución.
- Practicar programas de relajación que les permita disminuir el grado de tensión y estrés generado por las conductas individuales y familiares (Anexo 8).

Evaluación:

- Aceptan la orientación y enseñanza que se les imparte con base en imágenes del tema proyectadas en computadora.
- Se reunió con sus hermanos, estaba más tranquila porque llegaron a un acuerdo para compartir el rol de cuidador.
- Se niega a platicar con P., ya que refiere que es un machista y no acepta sus errores.

4. Insuficiencia venosa **relacionado con** la obesidad y la falta de ejercicio **manifestado por** la presencia de varices en miembros pélvicos.

Objetivo: Mejorar la circulación venosa en miembros pélvicos.

Intervención: Aspectos relacionados con la actividad, el reposo y la nutrición.

Sugerencia para iniciar cambios en el estilo de vida, solicitado con respeto a sus costumbres:

- Comer alimentos saludables, con base en el plato del bien comer.
- Seguir una dieta baja en grasas saturadas, colesterol y sal. Incluir en su alimentación granos enteros, verduras y fruta de temporada.
- Corregir algunos hábitos alimenticios que provocan estreñimiento.
- Control de peso y su mantenimiento dentro del rango de acuerdo con su talla.
- Dejar de fumar o disminuir el número de cigarrillos, así como evitar ingerir bebidas alcohólicas y/o aquellas que contengan cafeína.
- Evitar periodos prolongados de pie o sentados, así como evitar cruzar las piernas al sentarse.
- Elevar las piernas 10 o 20 cm en la cama durante diez minutos cuando sea posible, para favorecer el retorno venoso.
- Elevar ligeramente el nivel de la cama (piecera).
- Se elabora y entrega un programa de ejercicios didácticos y fáciles de realizar, para ayudar a mejorar la circulación venosa de miembros pélvicos (Anexo 9).
- Enseñanza sobre manipulaciones como fricción, frotación y amasamiento, con una duración de 20 a 30 minutos siempre a favor de la circulación de retorno.
- Uso de medias elásticas así como calzado cómodo y con tacón bajo.

Evaluación:

- G. intenta seguir un régimen dietético de acuerdo con su estado de salud, pero P. por conservar su estatus social prefiere consumir todo lo que se le brinde, desde comida hasta consumo de alcohol en exceso.
- Ambos no le dieron importancia al documento, ya que refieren no poder hacer los ejercicios por falta de tiempo.
- Elevan sus piernas cada vez que toman algún receso en casa, no especifican el tiempo.

- G. no adquirió las medias elásticas, reforzó su negativa al uso de éstas, por que P. cuando se enteró se burló de ella diciéndole que no la iba a llevar a bailar.
- Refieren haber elevado el nivel de la piecera de la cama.

5. Deterioro de la integridad cutánea **relacionado con** el uso de calzado inadecuado **manifestado por** alteración de la pigmentación en la piel.

Objetivo: Adoptar actitudes de autocuidado para sus pies.

Intervención: Para reforzar el patrón de conocimiento.

- Lavar los pies con agua tibia, secar bien ejerciendo presión no frotando la piel incluyendo los espacios interdigitales, y buscar signos de enrojecimiento, fisuras, ampollas, callosidades, disminución de la movilidad articular.
- Aplicar una loción hidratante todos los días.
- Si existe callosidad debe solamente utilizar piedra pómez para disminuir la aspereza, queda contraindicado cortar los callos y/o usar líquidos abrasivos.
- En caso necesario consultar al médico especialista en podología.
- Información sobre la importancia de utilizar calzado ligero o especialmente diseñado para pies sensibles, la parte interna del calzado se debe revisar en forma visual y manual para detectar cualquier imperfección que pudiera lesionarlos.
- Hacer hincapié en acciones que se deben de evitar como son: caminar descalzos, uso de sandalias de plástico, almohadillas calientes, cortarse las uñas con tijeras o navajas, es recomendable limar las uñas en forma recta.
- La circulación de la sangre hacia los pies se logra con mayor actividad física, además, es recomendable elevar las piernas cuando esté sentado y realizar la siguiente rutina de ejercicios: mover los dedos de los pies por cinco minutos, dos o tres veces al día; luego sus tobillos hacia arriba y hacia abajo, y de lado a lado para mejorar la circulación de la sangre en las piernas y los pies.

Evaluación:

- Realizó el corte de uñas como se le indicó, compro un cortaúñas para uso personal.
- No se evalúa si toma sus recesos indicados.
- Refiere que le es difícil usar zapatos cerrados para trabajar: es incómodo.
- Por el corto tiempo de la práctica no se pudo evaluar si hubo cambios con tendencia a mejoría en la coloración de la piel.

6. Riesgo de cansancio por el rol de cuidador **relacionado con** la enfermedad de alzheimer.

Objetivo: Corregir el patrón de relación.

Intervención:

Respetando roles, creencias religiosas y de educación, se sugiere:

- Afrontar situaciones que causan el distanciamiento.
- Corregir situaciones de estrés familiar a través de una comunicación empática.
- Sugerencia para compartir con otros familiares la responsabilidad del rol de cuidador.
- Como alternativa se sugiere buscar apoyo en cursos para el cuidador del enfermo de alzheimer y asistencia psicológica familiar.

Evaluación:

- No hay disposición por parte de P. para compartir responsabilidades o para intervenir en el rol de cuidador, continúa distanciado.
- Se reunieron los hermanos de G., logrando acuerdos para compartir la responsabilidad del rol de cuidador.
- Ambos anteponen sus prioridades, por lo que la comunicación continúa afectada; no se logra el objetivo.
- No hubo respuesta respecto a la sugerencia para la búsqueda y apoyo en cursos.

7. Riesgo de descompensación metabólica **relacionado con** la ingesta de alimentos ricos en grasa y carbohidratos.

Objetivo: Reforzar el conocimiento sobre los riesgos que representa para el enfermo de diabetes las cifras elevadas de glucosa en sangre.

Intervenciones: Enfocadas hacia la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

- Reforzamiento sobre signos y síntomas relacionados con hiperglucemia.
- Enseñanza del riesgo que representa las cifras altas de glucosa.
- A través de la demostración directa se enseña el uso de glucómetro.
- Se proporciona una lista de alimentos existentes de acuerdo con la temporada, para la preparación de platillos relacionados con el plato del bien comer.
- Sugerencia para que asista a consulta al CUEC para toma de glucosa, colesterol, triglicérido y papanicolao, así como la invitación para su integración al club de diabéticos existente en el mismo lugar.
- Continuar su tratamiento en tiempo y forma indicados.
- Acudir a su control médico de rutina y en casos de descompensación evitar la automedicación (modificar dosis de insulina).

Evaluación:

- Conoce la sintomatología relacionada con hiperglucemia y sus complicaciones.
- Acepta la información que se da sobre los platillos.
- Cuenta con un glucómetro el cual aprendió a usar.
- Asistieron el día 29 de marzo al CUEC a consulta, únicamente se les realizó medición de glucosa en sangre por tira reactiva y no se les realiza medición de colesterol y triglicéridos por no tener en existencia reactivos. No acepta P. que se le realice a G. papanicolao.

8. Riesgo de complicaciones **relacionado con** la falta de ejercicio y el consumo frecuente de alcohol y tabaco.

Objetivo: Dar a conocer las complicaciones que provoca en el organismo la falta de ejercicio, el consumo frecuente de alcohol y tabaco.

Intervención: Reforzamiento del patrón de elección y conocimiento.

- Educación para la salud sobre tabaquismo y alcoholismo, uso de diapositivas.
- Consejería sobre el uso de sustitutos para satisfacer la necesidad de fumar y así reducir la cantidad de cigarrillos por día.
- Se sugiere adoptar como rutina el programa de relajación muscular progresiva (anexo 8), o caminar diariamente al aire libre por 30 minutos.
- Realizar visitas médicas periódicas.
- Adoptar actitudes que permitan la capacidad para tomar decisiones en beneficio de la salud.

Evaluación:

- No se evaluó porque el tiempo programado para la práctica es corto.

CONCLUSIONES

En el campo de la salud pública existe una gran preocupación por el descontrolado incremento de enfermos de Diabetes Mellitus. Es necesario realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que permitan desarrollar una mejor atención y prevención para las personas que inician o están propensas a padecer esta enfermedad.

La relación entre el exceso peso y la diabetes es innegable, lo que es importante para quienes se encuentran en pre-diabetes o han sido diagnosticados como diabéticos tipo 2 deben prestar especial atención a su índice de masa corporal.

El sobrepeso y la obesidad son el principal factor de riesgo relacionado con la aparición de la diabetes tipo 2. El exceso de alimentos ricos en grasa y carbohidratos y pobre en fibra, más la deficiente actividad física o ejercicio, provocan que las personas aumenten de peso por la acumulación de grasa corporal. Si se logra parar, o en lo posible disminuir esta exagerada epidemia de sobrepeso y obesidad, por medio de cambios en los estilos de vida y la adopción de hábitos alimenticios más saludables, se podría disminuir y contrarrestar igualmente la amenaza de sufrimiento humano y los altos costos sanitarios que son el resultado del aumento de personas que sufren de diabetes. La fórmula es comer bien, sin excesos y ejercitarse.

El objetivo general de la educación nutricia es buscar actitudes y hábitos que resulten benéficos para que las personas aprendan a realizar una selección de alimentos para una dieta nutritiva. Para lograr este objetivo es necesario el conocimiento de los principios básicos de una educación nutricional y también el estudio profundo de los hábitos humanos en todas sus manifestaciones y la relación que guardan con la alimentación.

El Proceso de Atención de Enfermería es dinámico frente a la diversidad de necesidades del ser humano, éstas son múltiples y complejas, por lo que las

respuestas y las experiencias de vida de la familia y de cada miembro constituyen una base importante para definir cómo se darán las intervenciones de enfermería en la salud familiar.

Para los estudiantes de la especialidad en salud pública, la visita domiciliaria es una experiencia importante para su formación profesional, por lo que, para afrontar esta actividad, el estudiante debe tener una preparación profesional, ya que de ésta depende el éxito o el fracaso en la misma. Por lo tanto, se resume que la enfermera especialista en salud pública debe de ser competente, ética y estratégica con el objeto de abordar a los integrantes de la familia como entes independientes y posteriormente unificarlos como miembros de un grupo llamado familia, logrando desarrollar un vínculo de armonía y empatía que le permita interactuar para obtener información sobre sus necesidades de salud e intervenir favorablemente en ellas.

Se cubrieron los objetivos, aunque algunas intervenciones quedaron inconclusas, debido al corto tiempo del que se dispone para realizar el estudio.

Hacer labor de convencimiento a veces es difícil cuando las personas son incrédulas o se muestran renuentes a enfrentar su realidad, dicha situación hace que la enfermera haga uso de múltiples estrategias que le permitan afrontar la situación para la toma de decisiones que ayuden a encaminar una intervención exitosa. En la familia que se intervino, uno de los integrantes se mostró renuente para participar en las actividades que se estaban desarrollando, por lo que se solicitó amablemente el apoyo a otro integrante de la familia para facilitar la intervención con él.

Se logró convencer al integrante de la familia, participó en las intervenciones y se presentó a la consulta programada el último día de la práctica en el CUEC, pero la limitante fue que no se contaba con el material necesario para hacerle su valoración integral, esto causó molestia a la persona, manifestando y justificando el por qué no le interesa someterse a estudios para la prevención y/o control de cualquier enfermedad que se relacionen con los programas que maneja el sector salud.

SUGERENCIAS

Por la importancia que tiene esta actividad en el aprendizaje de los estudiantes de la especialidad en salud pública, sugiero lo siguiente:

- Que los periodos de práctica para las especialidades de salud mental, salud del anciano y salud pública sea el mismo, para que conjuntamente puedan participar en las intervenciones y así brindar una atención integral al paciente de acuerdo con sus problemas de salud.
- Que el periodo de práctica se programe de acuerdo con los objetivos que se pretenden logre el estudiante de la especialidad en salud pública, a sí mismo, tomar en cuenta el alcance que pueda tener esta información en beneficio de los estudiantes.
- El tiempo destinado para la práctica es corto y el vínculo con la familia se corta creando incertidumbre de ella hacia nosotros, algunas intervenciones planeadas no se pudieron llevar a cabo por este factor, y las que se llevan a cabo, en su mayoría, no se pueden evaluar, por lo que es conveniente tomar en cuenta este aspecto para los estudios que realicen las futuras generaciones.
- Por parte del CUEC, deben de considerar la importancia de tener material suficiente y necesario cuando tengan estudiantes en práctica, para que puedan proporcionar una consulta completa y satisfactoria a los pacientes que son enviados como parte de la intervención, y evitar con ello que se pierda credibilidad de la información que se les proporciona. Además de que el disponer del material completo y adecuado permitirá hacer una valoración efectiva y que puede ayudar a detectar problemas de salud que no se identificaron durante la visita domiciliaria.

- Deberían de hacerle más difusión al Centro Universitario, ya algunas personas manifestaron desconocer las actividades intramuros que lleva a cabo. La existencia de un grupo (club) para diabéticos es excelente pero, deberían de promoverlo para que se integren nuevos miembros.

La intervención con la familia es una valiosa experiencia que permite a la futura enfermera especialista en salud pública autoevaluar criterios de participación interdisciplinaria, así como numerosos aspectos relacionados con la gestión y toma de decisiones.

REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS

ALFARO, Rosalinda, *Aplicaciones del proceso de enfermería*, Editorial Doyma, 1995. 157 pp.

ALFARO, Rosalinda, *El pensamiento crítico en enfermería*, Masson. Barcelona, 1997, 130 pp.

ANDERS, Carol Louis, "Evaluando la eficacia de un programa de educación para la diabetes", *Estudio conducido por siete enfermeras y realizado en un corto tiempo* (10 semanas), Madrid, Diciembre 2003.

ANTOLOGÍA, *Compilación de teorías y modelos de enfermería*, Base Teórica para las Especializaciones. ENEO-UNAM. Junio 2004. pp. 433-476

CONTRERAS, F., *et. al.*, *Complicaciones macrovasculares en diabetes tipo 2*, Asociación con factores de riesgo, 2000,19 (2), pp. 112-116.

ESTRADA, Chávez R., *et. al.*, "Modelo educativo de enfermería y su efecto en conocimiento y autocuidado de pacientes con DM-2" en *Revista de enfermería IMSS* 2004, 12 (2), pp. 75-78.

GALLEGOS, E.C., *et. al.*, "Capacidades de autocuidado del adulto con Diabetes Mellitus tipo 2", *Estudio elaborado por enfermeras de la Universidad Autónoma de Nuevo León* en el año de 1999.

GOETZ, C.G., Pappert, E.J., *Textbook of clinical neurology*, 2da. ed., Traducido por Dr. Tango, Philadelphia, 2003, (Colección Medline Plus).

HALEY, "Las etapas de la vida familiar: transición y cambio" en *Revista terapia familiar*, Editorial Amorrortu bisel, 1999.

LÓPEZ, P, "Proceso de Enfermería" en *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, 2004; 10, pp. 37-38.

MACÍAS, R., *Antología de la sexualidad humana II*, Editorial Porrúa, México 1994, pp. 163-5.

MINUCHIN, S., *Familias y terapia familiar*, Barcelona, Editorial Crónica, 1997, pp. 78-107.

NANDA, *Diagnósticos enfermeros*, Elsevier, España, 2005, 280 pp.

OREM, Dorothea E., *Conceptos de enfermería en la práctica*, Barcelona, Masson-Salvat, 1993, pp. 3-34.

REVILLA, L., "Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria" en *Revista Internacional*, Vol. 8, No 2, 1999, pp. 40-108.

RODRÍGUEZ, Bertha A., *Proceso enfermero*, 2da. ed., México, Editorial Cuellar, 2006, pp. 51-72.

TAPIA, Conyer Roberto, *El manual de salud pública*, 2da. ed., Intersistemas, México, 2006, pp. 1037.

VINIK, A., *Neuropatía Diabética*, 2004; 88(4), pp. 947-99.

Documentos oficiales

Organización Mundial de la Salud, *Lista de códigos CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades*, Capítulo IV, décima versión, 2007.

Secretaría de Salud, *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994*, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

Leyes y reglamentos

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (vigente al 2007).

Código de Bioética para el Personal de Salud establecido por el Gobierno Federal en marzo de 2002.

Páginas electrónicas

Dueñas Fuentes J.R., *El proceso de atención de enfermería*.

Recuperado el 20 de enero de 2006.

www.terra.es/personal/dueñas/pae.htm

Salud familiar, *Un modelo integral en la atención primaria*.

Recuperado el 10 febrero de 2006.

<http://enfermeria21.com/educare/educare02/aprendiendo/aprendiendo2.htm>

Antonio Medina, *La familia nuclear*.

Recuperado el 20 de febrero de 2006.

www.modemmujer.org/docs/18.97.htm

Dr. Anselmo Herrera Ávila, *La familia como unidad de análisis*.

Recuperado el 20 de febrero de 2006.

www.geocities.com/hiponiqueo/Family.html

Antonio Ruiz Hontangas, *Metodología de cuidados de enfermería en atención domiciliaria*.

Recuperado el 23 de febrero de 2006.

193.145.164.73/publicaciones/documentos/V.3784-2004.

Monografías.com *La familia (monte de oya)*.

Recuperado el 24 de febrero de 2006.

www.monografias.com/trabajos11/enter/enter.shtml

Dr. Carlos González Salamea, *Teoría estructural familiar*.

Recuperado el 5 de marzo de 2006.

www.medicinadefamiliares.cl/Trabajos/teoriaestructural.pdf

Institutos Nacionales de la Salud, *Diabetes*.

Recuperado el 5 de marzo de 2006.

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001214.htm

Michel Foucault, *Estética, ética y hermenéutica*.

Recuperado el 10 de marzo de 2006.

es.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault

Internacional de enfermedades y otros problemas de salud. *Lista de códigos CIE-10*.

Recuperado el 8 de marzo de 2006.

es.wikipedia.org/wiki/Lista_de_códigos_ICD-10

Dr. Alfonso J. Santiago Marí, *El tratamiento de la insuficiencia venosa*.

Recuperado el 26 de marzo de 2006.

www.netdoctor.es/preguntas/pregunte8.jsp?maidMostrar=4909&maidCarpeta=3577&paginas=0

Diabetes mellitus - Wikipedia, la enciclopedia libre.

Recuperado el 2 de marzo de 2007.

es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus

Programa de ejercicios activos (Anexo 9).

Recuperado el 12 de abril de 2007.

http://bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/f1150503.jpg

María Teresita Ortiz Gómez, *La salud familiar*.

Recuperado el 2 de junio de 2007.

scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n4/mgi17499.pdf

García Bianchi Ximena y Estremero Judith, *El ciclo vital familiar*.

Recuperado el 2 de junio de 2007.

www.foroaps.org/areavisor.php?cod_producto=1322&bizq=salud_mental&hora=20040629121558

ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERIA COMUNITARIA



DIABETES

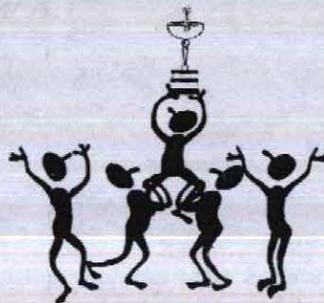
ESTAS INVITADO... A PARTICIPAR Y COLABORAR EN EL CUIDADO DE TU SALUD. EL CUEC A TRAVÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA TE ATENDERÁN

De manera gratuita y en la comodidad de tu HOGAR le diremos si usted corre riesgo de padecer esta enfermedad.

O te ayudaremos a cuidarte.



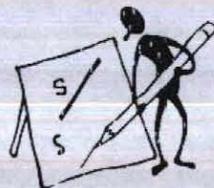
**TU SALUD ES MUY
 IMPORTANTE Y
 MERECE TU
 ATENCIÓN Y
 TIEMPO!**



**¡CUIDATE Y
 CUIDA A
 TU FAMILIA
 !**

**CENTRO UNIVERSITARIO DE
 ENFERMERÍA COMUNITARIA**

Av. 5 de Mayo s/n esq. Con Calvario
 San Luis Tlaxiáltemalco
 Deleg. Xochimilco
 México, D. F.



**ELABORADO POR:
 ALUMNOS DE LA ESPECIALIZACIÓN
 EN ENFERMERÍA EN SALUD
 PÚBLICA 10ª GENERACIÓN.**

**COORDINADORA:
 MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ**

UN M

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
 ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

**¿SABES CUAL ES EL ESTADO ACTUAL
 DE TU SALUD?**



**¿SABES QUE ES LA DIABETES,
 COMO PREVENIRLA Y
 COMO CONTROLARLA?**

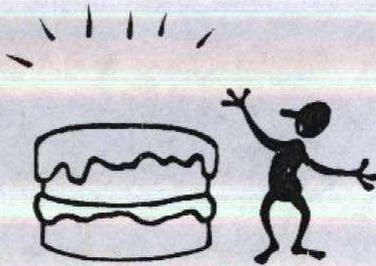
INFORMATE...



¿QUÉ ES LA DIABETES?

La diabetes es una enfermedad crónica e incurable, pero controlable que se caracteriza por el aumento de glucosa (azúcar) en la sangre; puede presentarse en cualquier persona, pero es más frecuente en aquellas personas con:

- *Exceso de peso.
- *Personas que no realizan ejercicio.
- *Tener malos hábitos alimenticios (comer muchas grasas y azúcares, pocas frutas y verduras).
- *Además de contar con antecedentes de padres o hermanos con diabetes.
- *Así como madres que han tenido hijos con un peso al nacimiento mayor de 4 Kg.

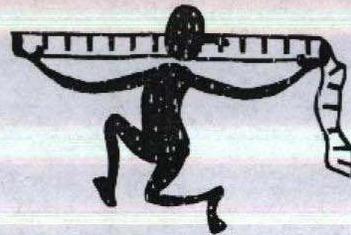


¿CÓMO PREVENIRLA?

Prevenir la aparición de la diabetes es importante para ti y tu familia, por ello valorar tu estado de salud es vital.

Es importante que conozcas la valoración de tu estado de salud a través de:

- ✓Peso y talla (estatura).
- ✓El tipo de complexión que te caracteriza como: delgada, normal, con sobrepeso u obesidad.
- ✓El nivel de glucosa o azúcar en la sangre.
- ✓La valoración de la tensión arterial.
- ✓La identificación de factores de riesgo.



Es importante actuar antes de que se presente la enfermedad detectando aquellas personas que tienen riesgo a desarrollarla, por tal motivo, uno de nuestros objetivos principales como personal de salud es: Conocer tu estado de salud y el riesgo de padecer diabetes.

¡NOSOTROS TE AYUDAMOS!

Realizaremos valoraciones sobre el estado de salud de las personas de 20 a 65 años de edad que viven en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco.

La valoración será:

- ✓Gratuita.
- ✓En la comodidad de tu domicilio.
- ✓De corta duración
- ✓A través de citas programadas y se entregarán resultados en el momento de terminar la valoración.

ANEXO 2

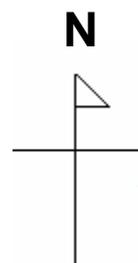
Cronograma de actividades realizadas con la familia M.X.

Periodo comprendido de febrero a marzo de 2006.

**N
E
S

F**

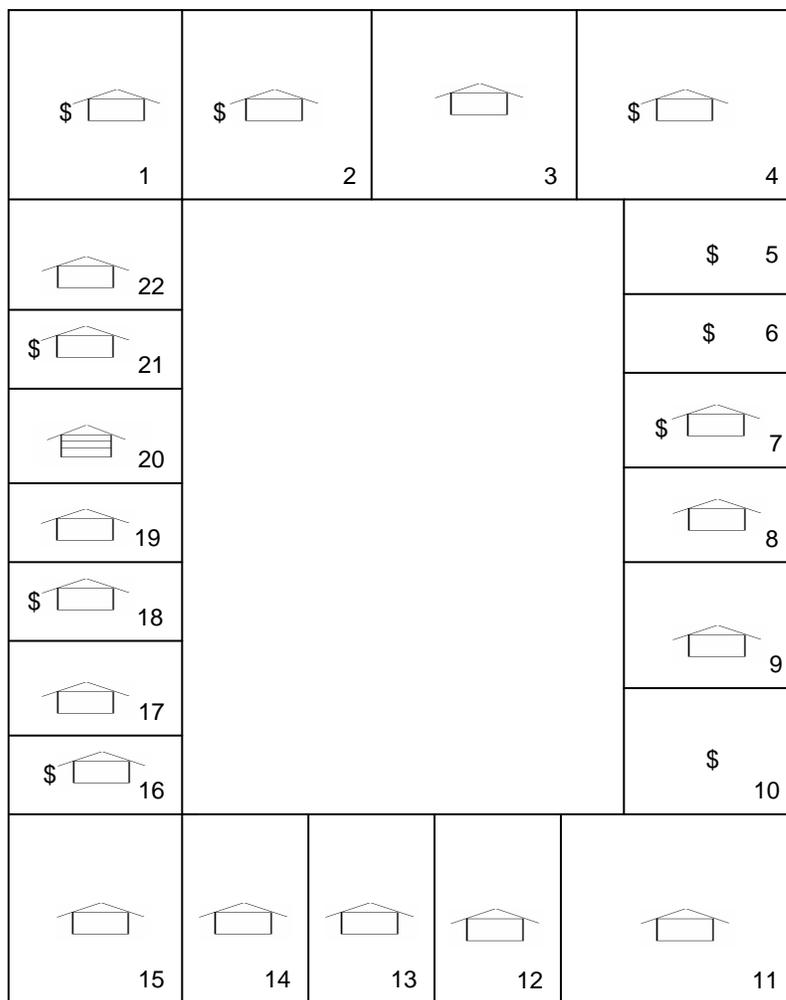
ANEXO 3 CROQUIS AGEB 052-7 Sector 8



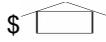
FLORICULTOR

TULIPAN

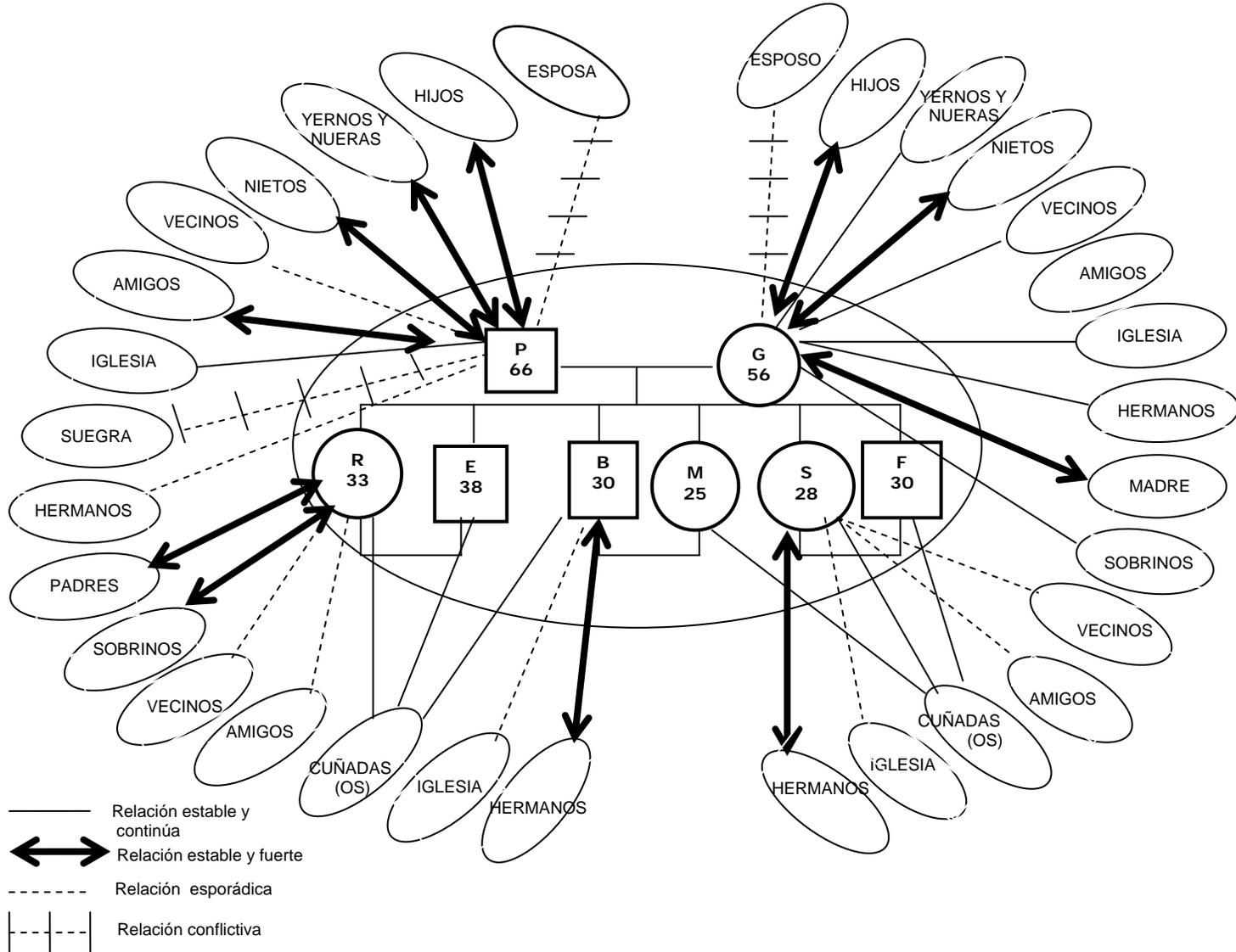
AÑO DE JUÁREZ



AGRICULTOR

-  Casa
-  Casa c/+ 1 familia
-  Casa con comercio
-  Comercio

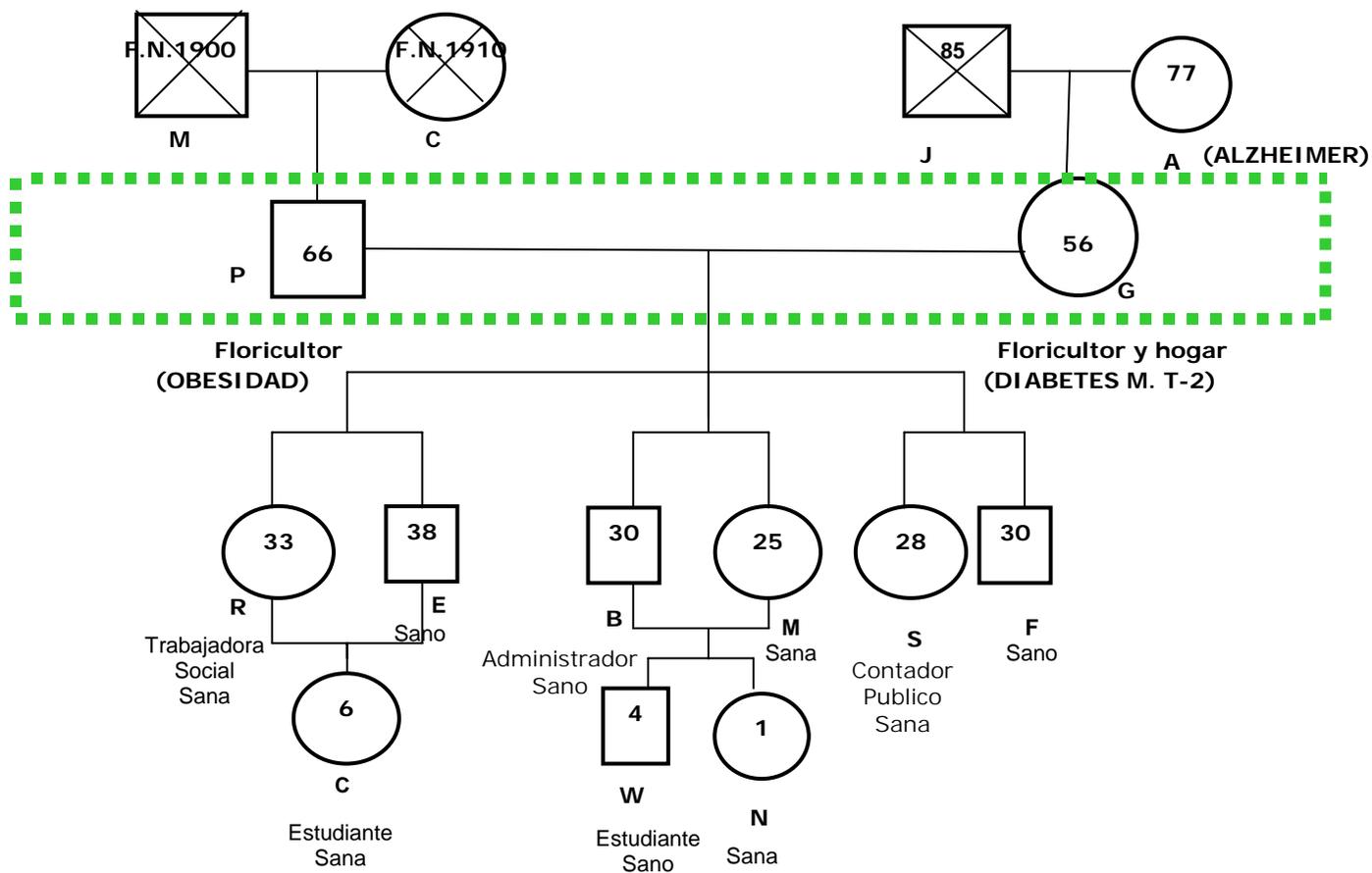
ANEXO 4 ECOMAPA FAMILIAR FAMILIA M. X.



ANEXO 5

GENOGRAMA

FAMILIA M. X.



ANEXO 6

VALORACIÓN FAMILIAR DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

COMUNIDAD: San Luis Tlaxiátemalco, Xochimilco Folio: _____

ELABORÓ: L.E.O. Irma Cortés Mendoza Fecha: 27-febrero-2006

1. FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Apellidos de la familia: M. X.

Domicilio: Calle T. Número: 17

Sector: 8 Teléfono: _____

Características de la vivienda: Su vivienda es propia, es una construcción terminada de tabique, techos de loza, paredes aplanadas con yeso y terminados en color y piso de granito. Tiene dos niveles, en el primer nivel se ubica la sala, comedor, cocina, una antesala, un patio delantero y otro en la parte de atrás. En el segundo nivel están las recámaras, así como una estancia para descanso. El baño se ubica en patio trasero. La casa tiene buena ventilación e iluminación, cuenta con todos los servicios como agua intradomiciliaria, luz, teléfono.

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	EDO. SALUD
P.	Padre	66	Floricultor	Primaria	En riesgo
G.	Madre	56	Floricultora	Primaria	Malo
R.	Hija	33	Trabajador S.	Licenciatura	Bueno
B.	Hijo	30	Administrador	Licenciatura	Bueno
S.	Hija	28	Contador P.	Licenciatura	Bueno

3. TIPO DE FAMILIA

(Nuclear, extendida, compuesta, etc.) Nuclear con parientes próximos.

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

El padre de G. falleció hace un año a causa de una caída.

Los padres de P. ambos fallecidos hace años sin especificar causa y tiempo.

ESTRUCTURA FAMILIAR

A) Estructura de rol

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

P.

¿Quién toma las decisiones con respecto a la salud?

P.

B) Sistemas de valores

¿Qué actividades religiosas realiza la familia en conjunto?

Acostumbran ir a misa dominical cada ocho días.

¿Qué fechas religiosas festejan en el año?

Participan en celebraciones propias del pueblo (19 de agosto, fiesta de San Luis) y en festividades tradicionales como son Semana Santa, el 12 de diciembre día de la Virgen de Guadalupe, misa de Navidad 24 de diciembre y Año Nuevo 1º de enero.

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

Las reglas de la casa son: respetar los horarios de comida, el orden de la casa "todo en su lugar", reparar de inmediato algún detalle de desperfecto dentro de

casa. El compadrazgo tiene un significado importante para ellos, por lo tanto no pueden rechazar ninguna invitación.

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

Colaboran económicamente o participan en alguna actividad (arreglos o donación de alimentos) cuando se trata de algún evento religioso o conmemorativo del pueblo. Participan con los jefes de manzana para el cuidado común de la comunidad.

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

Si, simbolizan su religión con una cruz en la pared muy cercana al portón de la calle.

C) Proceso de comunicación

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

La comunicación entre ellos se deterioró a partir de que A. enfermó, porque G. empezó a acudir al domicilio de su hermano para ayudarlo a cuidar de A.

¿Existen dificultades o agresiones cuando platica la familia?

Cuando se reúne la familia los padres platican en armonía cada uno por su lado con sus hijos, pero cuando no están los hijos de visita, no entablan una conversación entre ellos.

¿Cómo expresan los integrantes de la familia su afecto?

A través del contacto físico como puede ser un abrazo o una palmadita en la espalda, verbalmente y con atenciones.

D) Estructura del poder

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares? P.

¿Quién se encarga de la disciplina de las actividades que realizan los hijos?
Sus tres hijos son adultos, ya casados y viven fuera del hogar de sus padres.

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

¿Quién decide sobre el futuro de la familia?
P.

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en la relación conyugal?
P. se enoja cuando algo le incomoda, no lo expresa verbalmente, pero su actitud es de exigencia y se muestra alejado en la relación.

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en la relación parental?
Los hijos son mayores de edad, sin embargo, P. y G. refieren que siempre se marcaron límites de respeto, no permiten el tuteo, los hijos para dirigirse a los padres anteponen el "usted".

¿Cómo se identifica el ejercicio de poder en la relación fraterna?
Se construye en el respeto a la individualidad de cada hermano.

5. FUNCIONES FAMILIARES

A) Función afectiva

¿Cómo expresan los sentimientos de afecto entre la familia?
A través del contacto físico como puede ser un abrazo, un beso en la mejilla o en la frente, una palmadita en la espalda, verbalmente y con atenciones.

¿Cómo se expresan los sentimientos de enojo entre la familia?
Con distanciamiento al grado de no hablarse.

B) Función de socialización

¿Cómo se distribuyen las tareas en el hogar?

Las actividades del hogar le corresponden a G., orden, limpieza y comida, y a P. el mantenimiento físico de la misma.

¿Qué sanciones se establecen a los hijos cuando no cumplen con sus obligaciones?

No la hay, ya que los hijos son casados y ya no viven en ese hogar.

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

No

¿Por qué?

Los hijos son casados y ya no viven con ellos.

¿Algunos de los integrantes de la familia tienen problemas con las personas que conviven en el trabajo, el hogar o la escuela?

Si X No

¿De qué tipo?

De comunicación

C) Función sexual

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

Ninguna

¿Existen planes para tener hijos?

Si No X

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad?

Si No

¿Cuál?

En G. el cansancio continuo y en otras ocasiones el malestar que le ocasiona la diabetes.

En P. por el disgusto que le provoca la presencia de A. por lo que se muestra indiferente y prefiere mantenerse alejado.

D) Función económica

¿Quién o quiénes resuelven los gastos familiares?

P. y G.

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

P. y G. trabajan en el cultivo y venta de flores. G. prepara comida para vender a los jornaleros que trabajan con ellos, hace flanes y gelatinas para vender ocasionalmente.

E) Función de atención a la salud

¿Cuenta la familia con cualquier tipo de seguridad social?

Si No

Especifique cuál

¿Qué hace la familia para cuidarse y prevenir enfermedades?

Realizan actividades de rutina para su autocuidado como son: baño diario con cambio de ropa completo, lavado de manos antes de comer y después de ir al

baño, cepillado de dientes una a dos veces por día. Lava y desinfecta las frutas y verduras, consumen agua de garrafón.

Uso de ropa de acuerdo con la temporada, además de asear diario su vivienda y realizar el cambio de ropa de cama cada semana.

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

Al servicio médico privado.

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

Hacen uso de algunas hojas de plantas medicinales para preparar té como infusión curativa, las más comunes son la hierbabuena, manzanilla y tila.

6. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

¿La ventilación del hogar es adecuada?

Si X No

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

Se visten con ropa y accesorios de acuerdo con el clima y la temporada.

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

Actualmente no manifiestan alteraciones respiratorias.

¿Qué tipo de contaminantes existen en el lugar donde viven?

Los plaguicidas.

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

¿El agua que consume es agua potable? Si X No

¿Utiliza su familia alguna técnica para purificar el agua? Si No X

¿Cuál?

¿Cuándo y qué tipo de líquidos acostumbra beber la familia?

Acostumbran a tomar diariamente agua potable de garrafón.

¿Cuál es el patrón de baño de la familia? Describa

Diario.

¿Con qué frecuencia se realiza el lavado de manos?

Las veces que sean necesarias, además de acostumbrar el lavado antes de comer y después de ir al baño.

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

De una a dos veces al día

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

¿Quién prepara los alimentos?

G.

¿Quién y cómo organiza el consumo de alimentos?

G. es la encargada de la organización, acostumbrando desayuno, comida y cena, procurando que sea el desayuno y la comida los platillos más fuertes en cantidad.

¿Qué alimentos se consumen con mayor frecuencia?

Té o café, carnes rojas, pastas, tortillas y pan.

¿Qué tipos de alimentos prefiere la familia?

G. prefiere las verduras, carne blanca, pescado y poca carne roja. P. la carne roja con grasa, muchas tortillas, salsas y le agrada el refresco de cola y las cervezas.

¿Qué tipo de alimentos le desagradan a la familia?

Ninguno

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

Prefieren carne roja con grasa, muchas tortillas, salsas y consumen refresco de cola y cervezas.

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

Haciendo uso de la medicina tradicional.

4. Provisión de cuidados asociados a los problemas de eliminación

¿Cuenta la familia con servicio de drenaje o letrina? Si X No _____

¿Qué toma la familia en caso de estreñimiento o diarrea?

P. consume ciruelas pasas para el estreñimiento, en caso de diarrea se automedican.

¿Cómo desechan la basura?

En bolsas de plástico cerradas y las depositan en el camión recolector de basura.

¿Existe problemas de manejo de basura? (Fauna nociva) Describa

No

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

¿Cuántas horas duermen?

Duermen alrededor de siete u ocho horas.

¿Cuántas horas trabaja al día?

P. trabaja generalmente de las 5:30 a.m. hasta las 5:00 p.m. con intervalos de receso porque acude a su casa a desayunar y a comer, en sus ratos libres gusta de estar acostado mirando televisión. G. trabaja alrededor de tres a cuatro horas por las mañanas en el negocio de las flores, posteriormente se va a casa a realizar las labores del hogar y a preparar la comida para P. y A., pero además prepara comida para los cinco jornaleros de P. a cambio de una paga. Cuida de A. y prepara ocasionalmente flanes y gelatinas para vender.

¿Qué tipo de trabajo desempeñan?

Ambos son floricultores

¿Realiza algún deporte? Si _____ No X

¿Por qué? Porque no tienen tiempo.

¿Qué realiza en sus tiempos libres?

G. prepara gelatinas y flanes para vender ocasionalmente. P. gusta de ver televisión.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la integración social

¿Participa en algún grupo social? Si _____ No X

¿Algún miembro de su familia suele aislarse?

Si _____ No X

¿Cada cuándo se reúne la familia?

Cada ocho o quince días.

7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

¿Sabe qué hacer en caso de accidente?

No

¿Sabe a dónde acudir en caso de accidente?

Sí

¿Conoce los servicios de emergencia?

Si X No _____

¿Cómo maneja las sustancias tóxicas?

Las almacena en el patio trasero de su casa.

¿Existe algún riesgo de contaminación en su ambiente laboral?

Sí, la inhalación de pesticidas y plaguicidas

¿Existe algún riesgo de contaminación en su comunidad?

Aunque el agua está tratada es sucia ya que la utilizan para el riego de la plantas, pues algunas son comestibles. El uso de plaguicidas en las zonas de cultivo, y para su almacenamiento en los hogares no hay un área específica.

8. Promoción del fundamento humano dentro de los grupos sociales

¿Algún miembro de su familia tiene alguna discapacidad?

Ninguno

¿Cómo es la dinámica con sus vecinos?

De respeto y colaboración.

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

Ninguno

7. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

Etapa de desarrollo familiar:

¿Qué condiciones afectan su desarrollo?

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

G. se ve afectada por el cansancio a causa de que cuida de A., además de realizar sus actividades de rutina. Le preocupa su propio estado de salud, ya que por cuidar de A. no sigue su tratamiento en forma, la falta de descanso ha provocado en ella alteración en su estado emocional y alejamiento con P.

G. aun mantiene el recuerdo de su padre, fallecido hace un año a causa de una caída. Manifiesta el temor de que se repita con su madre, ya que sufrió una caída en casa de su hermano, este accidente fue una determinante para que G. tomara la decisión de tenerla en su casa por unas horas para cuidarla y prevenir que se repita el evento.

P. por las condiciones emocionales de G. y la enfermedad de A. prefiere mantenerse alejado, molesto y en ocasiones irritante hacia ambas.

8. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

¿Cuenta con la ayuda médica apropiada? Si No

¿Por qué? _____

¿Es consciente de los efectos y complicaciones de su enfermedad?

Si No

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

Si No

¿Es consciente de los efectos adversos de su tratamiento?

Si No

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

Si No

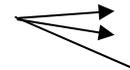
ANEXO 7

LEYES DE LA ALIMENTACIÓN

Suficiente. Debe de ser suficiente en



LAS
ENFERMEDADES
ASOCIADAS
CON
PRÁCTICAS
DIETÉTICAS
INADECUADAS



ANEXO 8

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA.

Las técnicas de relajación muscular progresiva son un conjunto de ejercicios mediante los cuales se tensan y relajan los distintos grupos musculares del cuerpo, para poder de ésta manera redescubrir e identificar cuándo nuestros músculos están en tensión y aplicar entonces el procedimiento.

El éxito de la relajación depende de:

- Reconocer y relajar la tensión muscular.
- Practicar diariamente en casa.
- Aplicar la relajación en la vida cotidiana.
- Convertirla en un hábito.

CONDICIONES PARA COMENZAR LA RELAJACIÓN

- El ambiente donde se vaya a realizar la relajación debe ser tranquilo, con una temperatura agradable y libre de distracciones.
- Atuendo cómodo y preferible no utilizar ropas ajustadas, gafas, etc., que puedan distraer durante el proceso de relajación.
- La postura puede ser tumbada en posición supina o sentada "de cochero".
- Antes y después de este ejercicio es conveniente realizar tres inspiraciones y sus correspondientes expiraciones con el fin de lograr una relajación completa.

PROGRAMA DE RELAJACIÓN

El ejercicio consta de tensión y relajación de distintas series de músculos. Repetir cada ejercicio dos veces.

Se inicia con tres series de inspiración-expiración.

1. CARA:

- Tensa la frente levantando las cejas... vuelve a la posición normal.
- Tensa la frente frunciendo el entrecejo... relaja.
- Aprieta fuertemente los párpados... vuelve a la posición inicial.
- Estira las comisuras de los labios como en una sonrisa forzada... vuelve a la posición inicial.
- Junta los labios como si quisiéramos dar un fuerte beso al aire... relaja.
- Junta los labios y apriétalos dirigiéndolos hacia dentro de la boca.
- Presiona con la lengua el paladar superior... vuelve a la posición inicial.
- Aprieta fuertemente la mandíbula... relaja.

2. CUELLO:

- Inclina la cabeza hacia la derecha haciendo que la oreja se acerque al hombro... vuelve a la posición normal, lo mismo hacia la izquierda.
- Inclina la cabeza hacia atrás haciendo que la nuca se aproxime a la espalda... posición de reposo.
- Inclina la cabeza hacia delante haciendo que la barbilla se apoye en el pecho... posición normal.

3. BRAZOS:

- Aprieta fuertemente los puños... abre la mano.
- Dobla los brazos con los puños apretados, tensando los músculos... relaja volviendo a la posición normal.

4. HOMBROS:

- Levanta ambos hombros tratando de aproximarlos a las orejas... relaja.
- Incorporarse del respaldo y haga los hombros hacia atrás como si fueran a juntarse por detrás de la espalda... vuelve a la posición normal.

5. PECHO:

- Tensa los músculos del pecho... relaja y vuelve a la posición normal.

6. ESTÓMAGO:

- Tensa el estómago y el vientre... vuelve a la posición normal.

7. NALGAS:

- Tensa los glúteos apretándolos como si trataras de levantarte apoyándote en ellos... vuelve a la posición inicial.

8. PIERNAS:

- Estira las piernas levantando las puntas de los dedos hacia la nariz... relaja volviendo a la posición inicial.

PARA TERMINAR EL EJERCICIO:

- Realizar tres series de inspiración-expiración.
- Mover los dedos de los pies y de las manos, frotar también las manos, mantener los ojos cerrados y abrirlos lentamente.

ANEXO 9

PROGRAMA DE EJERCICIOS ACTIVOS (ver referencia apartado página electrónica)

Ejercicio 1

- a) Posición inicial: Decúbito supino, piernas estiradas, manos detrás de la cabeza.
- b) Movimientos:
 - 1. Doblar al máximo la rodilla y la cadera.
 - 2. Estirar la pierna.
 - 3 y 4. Bajar la pierna manteniéndola estirada.
- c) Duración: El ejercicio se efectúa cambiando de pierna a un ritmo moderadamente lento de quince a veinte veces (figura 8).

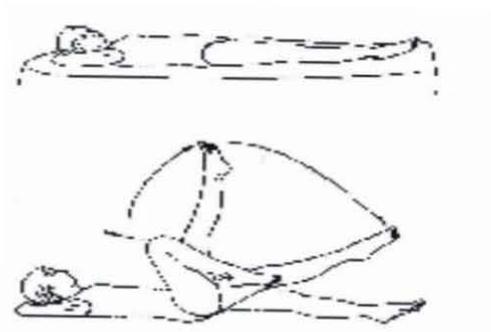


Figura 8. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Ejercicio 2

- a) Posición inicial: Decúbito supino, piernas elevadas.
- b) Movimiento: Mover los dedos de los pies lo más rápido y enérgicamente posible, encogerlos y volver a estirarlos.
- c) Duración: 30 segundos (figura 9).



Figura 9. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Ejercicio 3

- a) Posición inicial: Decúbito supino, piernas elevadas.
- b) Movimiento: Girar los pies ocho veces hacia adentro y ocho veces hacia afuera.
- c) Duración: 30 segundos (hacerlo con rapidez) (figura 10).



Figura 10. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Ejercicio 4

- 1) Posición inicial:
Decúbito supino,
piernas elevadas.
- 2) Movimiento: Estirar y doblar el pie desde la punta.
- 3) Duración: 30 segundos (realizar rápidamente) (figura 11).



Figura 11. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Ejercicio 5

- a) Posición inicial: Decúbito supino, piernas estiradas.
- b) Movimientos:
 1. Doblar la pierna y agarrar el pie con la mano.
 2. Mientras se estiran las piernas lentamente, las manos pasan efectuando una suave presión sobre la pierna. Las manos rodean toda la pierna, tocando con las puntas de los dedos en la parte posterior.
 3. Efectuar el mismo masaje en el muslo.
- c) Duración: Por pierna de ocho a diez movimientos a ritmo lento (figura 12).



Figura 12. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Ejercicio 6

- a) Posición inicial: Decúbito supino, piernas elevadas.
- b) Movimiento:
 - 1. Se aprieta un almohadón entre las los pies con presión en aumento. Simultáneamente se encogen los dedos de los pies, y se levanta la región glútea de su punto de apoyo.
- c) Duración: De cuatro a seis veces durante 30 segundos. Contracción y relajación lentas, 4 segundos respectivamente (figura 13).

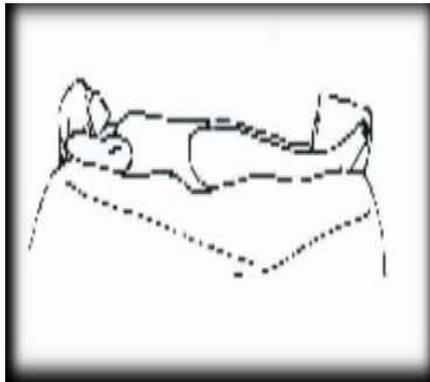


Figura 13. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Ejercicio 7

- a) Posición inicial: Decúbito supino, piernas elevadas.
- b) Movimiento: Las piernas cruzadas y el dorso de los pies presionando uno contra otro y aumentando lentamente la presión.
- c) Duración: De cuatro a cinco veces durante 30 segundos. Contraer y relajar con lentitud 4 segundos respectivamente (figura 14).

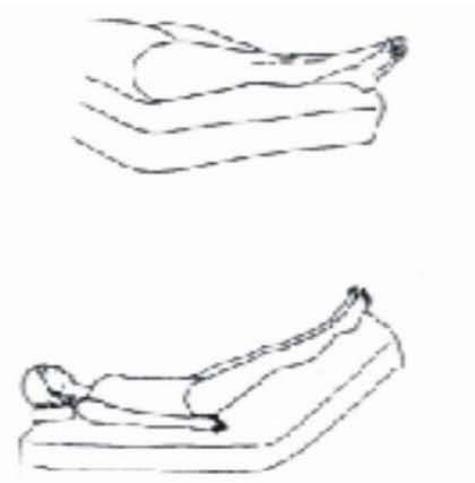


Figura 14. Ejercicio para mejorar el retorno venoso.

Hidroterapia:

- a) Baños de agua fría: Diariamente, después del cuidado del cuerpo, duchas frías en la pantorrilla y en los muslos. Empezar en los pies y subir lentamente hasta la cadera de forma que toda la pierna esté cubierta con una capa de agua.
- b) Duración: Como máximo 20 segundos, alrededor de diez segundos por pierna (figura 15).



Figura 15. Ejercicio de hidromasaje para la función venosa.