



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSGRADO**

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA A LA FAMILIA
V.M. CON DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN,
ACTIVIDAD Y REPOSO**

**E S T U D I O D E C A S O
QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERIA
EN SALUD PÚBLICA**

P R E S E N T A :

BRENDA TORREALBA ROMERO

CON ASESORÍA DE

LIC. MARCELA DÍAZ MENDOZA

MÉXICO D.F. ABRIL 2013





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

RECONOCIMIENTOS

Mi más sentido agradecimiento, en primer lugar a Dios, por abrir todas las puertas para concretar este proyecto personal y profesional; a mi familia en especial a mi madre que me brindó su apoyo incondicional en todos los aspectos y a J.R.P. por brindarme principalmente apoyo emocional y técnico.

El presente Estudio de Caso fue realizado bajo la supervisión y coordinación de la Lic. Marcela Díaz Mendoza; a quien brindo mi más sincero agradecimiento por compartir su experiencia, conocimientos, dedicación y sobre todo por la paciencia que tuvo para que esto se concretara de manera exitosa.

**GRACIAS POR SER PARTE DE LA
COLUMNA VERTEBRAL DE ESTE TRABAJO**

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

General

Específicos

3. FUNDAMENTACIÓN.....	4
3.1 Antecedentes.....	5
3.1.1. Panorama General de la Alimentación en México.....	17
3.1.2. El Patrón del Sueño y la Salud.....	18
4. MARCO CONCEPTUAL.....	20
4.1 Conceptualización de la Enfermería.....	20
4.2 Paradigmas.....	21
4.2.1 Paradigma de Categorización.....	21
4.2.2 Paradigma de la Integración.....	22
4.2.3 Paradigma de Transformación.....	23
4.3 La Familia.....	24
4.3.1. Roles Familiares.....	25
4.3.2. Estructura Familiar.....	26
4.3.3. Tipología Familiar.....	28
4.4. Genomapa y Ecomapa.....	33
4.5. Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem.....	36
4.5.1. Conceptos Utilizados en el Desarrollo de la Teoría.....	36
4.5.2 Teoría del Autocuidado.....	38
4.5.2.1. Agencia de Autocuidado y Agencia de Cuidado Dependiente....	39
4.5.2.2. Requisitos de Autocuidado.....	40
4.5.3 Teoría del Déficit del Autocuidado.....	41
4.5.4. Teoría de los Sistemas de Enfermería.....	43

4.6 Proceso de Atención de Enfermería.....	44
4.6.1. Ventajas.....	45
4.6.2 Etapa de Valoración.....	45
4.6.2.1. Tipos de Datos a Recoger	46
4.6.2.2. Métodos para la Obtención de Datos.....	47
4.6.2.2.1. Entrevista	47
4.6.2.2.2. La Observación.....	48
4.6.2.2.3. La Exploración Física.....	48
4.6.3 Etapa de Diagnóstico.....	50
4.6.3.1. Tipos de Diagnóstico.....	50
4.6.4. Etapa de Planeación.....	51
4.6.5 Etapa de Ejecución.....	51
4.6.6 Etapa de Evaluación.....	52
4.7. Programas Integrados de Salud.....	53
4.7.1. Salud del Niño de 0 a 9 años.....	55
4.7.2. Salud del Adolescente de 10 a 19 años.....	65
4.7.3. Salud de la Mujer de 20 a 59 años.....	73
4.7.4. Salud del Hombre de 20 a 59 años.....	86
4.7.5. Salud del Adulto Mayor de más de 59 años.....	87
4.8. Nutrición y Alimentación.....	88
4.8.1. El plato del Bien Comer.....	89
4.8.1.1. Características del Plato del Bien Comer.....	87
4.8.1.2. Mensaje del Plato del Bien Comer.....	90
4.8.1.3. Ejemplo de Sustitución de Alimentos.....	91
4.8.1.4. Grupos de Alimentos.....	92
4.8.1.4.1. Verduras y Frutas.....	92
4.8.1.4.2. Cereales y Tubérculos.....	92

4.8.1.4.3. Leguminosas y Alimentos de Origen Animal.....	93
4.8.2. Jarra del Buen Beber.....	93
4.8.3. Patrón del Sueño.....	95
4.8.3.1. Factores que Influyen en el Curso y Duración del Insomnio.....	98
4.8.3.2. Las Alteraciones del Ciclo Vigilia-Sueño.....	101
4.8.3.4. Tratamiento No Farmacológico.....	102
4.8.3.4.1. Medidas Higiénicas del Sueño.....	103
3. METODOLOGÍA.....	104
5.1. Fuente de Información Primaria.....	104
5.2. Selección del Caso.....	104
5.3. Consideraciones Éticas.....	105
5.3.1. Ley General de Salud.....	105
5.3.1.1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.....	106
5.3.2. Código de Ética para Enfermera y Enfermeros de México.....	111
5.3.3. Carta de Derechos de los Pacientes.....	112
4. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	115
6.1. Agente de Autocuidado y Agente de Cuidado Dependiente.....	115
5. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	116
7.1. Valoración del Núcleo Familiar V.M.....	116
7.1.1. Factores Básicos Condicionantes.....	116
7.2. Valoración de Redes Sociales y de Apoyo de la Familia V.M.....	119
7.2.1. Ecomapa Familiar.....	119
7.2.2 Genomapa Familiar.....	119
7.2.3 Genomapa Funcional.....	119
7.3 Requisitos de Autocuidado Universal.....	120
7.3.1 Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud/Agente	

de Cuidado Dependiente.....	122
7.3.2 Déficit de Autocuidado.....	120
7.4 Valoración/ Atención Preventiva Integrada.....	125
7.4.1 Resultados de la Implementación de la Atención Preventiva Integrada.....	128
7.4.1.1 Mujer de 31 años de Edad.....	128
7.4.1.2 Niño de 4 años de Edad.....	129
7.4.1.3 Adolescente de 11 años de Edad.....	130
7.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	131
7.5.1 Desequilibrio Nutricional por exceso relacionado con la ingesta de cantidades superiores a una dieta balanceada de carbohidratos y grasas, manifestado por sobrepeso en la madre e hija de la familia V.M.....	131
7.5.1.1 Planeación e Intervenciones de Enfermería/Establecer un Patrón Alimenticio Saludable/ Alcanzar Peso Ideal	131
7.5.1.2 Fundamentación de las intervenciones de Enfermería.....	132
7.5.1.3 Ejecución de las Intervenciones de Enfermería.....	135
7.5.1.4 Evaluación de las Intervenciones de Enfermería.....	135
7.5.2 Trastorno del Patrón del Sueño relacionado con conflictos emocionales de la agencia de autocuidado manifestado por quejas de no sentirse bien descansado, cambios de humor y estrés.....	136
7.5.2.1 Planeación e Intervenciones de Enfermería/Establecer un Patrón Saludable para Conciliación del Sueño	136
7.5.2.2 Fundamentación de las Intervenciones de Enfermería.....	137
7.5.2.3 Ejecución de las Intervenciones de Enfermería.....	138
7.5.2.4 Evaluación de las Intervenciones de Enfermería.....	138
6. CONCLUSIONES.....	139
7. BIBLIOGRAFÍA.....	141
8. ANEXOS.....	146

INTRODUCCIÓN

En diversas ocasiones, se ha mencionado que la familia, es el núcleo de la sociedad; para ciertas personas, la familia puede ser considerada, perfectamente, como un ente vivo. A pesar del vertiginoso desarrollo del mundo contemporáneo y de las transformaciones ocurridas por el avance de la ciencia y la técnica, traducidas en una nueva forma de vivir, la familia sigue manteniendo el lugar cimero en el universo en que está inmerso el hombre en busca de su desarrollo armónico, bienestar y felicidad dentro de la sociedad.¹

En lo profundo de los seres humanos, a la familia, se le considera la escuela primaria, frente a los desafíos sociales; cumple funciones determinadas para el individuo y la sociedad mediante las cuales se transmiten y forman hábitos, costumbres, valores, creencias, percepciones y conductas de riesgo para la salud, que condicionan en sus miembros estilos de afrontamientos característicos ante la presencia de la salud y/o la enfermedad.

A través de la historia, la atención a la salud de la familia ha tenido cambios significativos; siendo la Atención Primaria a la Salud (APS) la principal unidad funcional conformada por la familia y el individuo que tiene como base el método clínico-epidemiológico, integrando programas preventivos en los servicios de salud que atañe indudablemente a la Salud Pública. De igual importancia la evolución científica que ha tenido la enfermería desde Florence Nightingale hasta nuestros días, la utilización de Teorías basadas sobre el entorno, salud, enfermedad y la atención al individuo, dan pie, al fortalecimiento de la Salud Pública con la creación de nuevos espacios para el desarrollo profesional de esta disciplina, ya que la sobrepoblación en la actualidad de los Servicios de Salud han mermado la atención de calidad a los usuarios y los propios cambios en el perfil epidemiológico en donde las enfermedades no trasmisibles como la Obesidad en adultos e infantil, obligan a fortalecer la prevención y promoción de la salud en el país.

La Atención a la Familia y la Salud Pública, seguirán en íntima relación en la búsqueda de mantener y/o mejorar la salud en la población, mediante el estudio de sus núcleos familiares. Es así que este trabajo, al utilizar el modelo de la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem en la Especialización de Enfermería en Salud Pública, sustenta las bases para la realización de la valoración ordenada, sistemática y racional de este caso de familia y de cada uno de sus integrantes en la etapa de su ciclo vital, posibilita el abordaje a la persona de manera individual, formando un todo como en el núcleo familiar, en donde la salud puede expresarse en términos de su funcionamiento efectivo, en la dinámica relacional interna, en el cumplimiento de sus funciones, en la

¹ Ortiz, M., (1999) 5 Métodos de Investigación Diversos en el Estudio de La Salud Familiar Rev. Cubana Med. General Integral; 15(2) ,151.

capacidad de interactuar, enfrentar los cambios del medio social y del grupo para propiciar el crecimiento y desarrollo individual;² para fomentar y reforzar estilos de vida saludables.

Es en el seno de la familia en donde se enfrentan problemas de salud, y de éste depende una evolución mejor y más rápida, en tanto se valora la enfermedad, se toman decisiones y se coopera en el tratamiento³; por esa importancia que este estudio de caso de la familia V.M. tuvo la finalidad, primeramente de identificar su tipología, relaciones individuales y Factores Básicos Condicionantes por medio de una entrevista y aplicación de una cedula realizada por los alumnos de la generación 2011-2012 del Posgrado en Salud Publica, posteriormente se realizaron visitas domiciliarias que permitieron la elaboración de un Genomapa y Ecomapa para la valoración de las relaciones personales y redes de apoyo; en segunda instancia se utilizó la Atención Preventiva Integrada (API); modelo implementado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); que complemento la etapa de Valoración y que proporciono el punto de partida para la elaboración de los Diagnósticos de los déficit encontrados, principalmente en la alimentación y patrón del sueño; realizándose cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería; se utilizó por último y como tercera instancia el Sistema de Enfermería Apoyo Educativo por medio de la Educación para la Salud, para la implementación de las acciones preventivas y de limitación del daño del déficit; así mismo la innovación en este trabajo consistió en otorgar a cada miembro de este núcleo familiar, una Cartilla de Salud dependiendo de su grupo de edad; en donde se registraron las Acciones Preventivas Integradas, que permitieron que los integrantes se informaran y sensibilizaran con las acciones que necesitan saber; qué se requieren y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para fortalecer el autocuidado; y lograr el empoderamiento de la salud en cada uno de ellos.

² Ortiz, M., Lauro, B., Cangas, L., (1996) Proyecto de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Facultad de Salud Pública,1(2),164-165

³ Horwitz, N., Florenzano, R., Rigeling, I., (1985) Familia y Salud Familiar. Un Enfoque para la Atención Primaria. Bol Sanit Panam, 98 (2), 144-155

OBJETIVOS

General

Elaborar un estudio de caso de familia, mediante la aplicación de la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem enfocado en la Especialización de Enfermería en Salud Pública.

Específicos

- Identificar los déficit de autocuidado principales que aquejen a este núcleo familiar
- Diseñar un plan de intervenciones de enfermería especializados en Salud Pública.
- Implementar un Modelo de Atención Preventiva Integrada desde el núcleo familiar.
- Ejecutar las intervenciones establecidas en el diseño del plan de cuidados
- Fomentar el modelo de atención del autocuidado de la familia, que es la base importante para que el individuo evite la presencia de diversas patologías.
- Otorgar a cada miembro de la familia Atención Preventiva Integrada y el conjunto de acciones preventivas y educativas para la protección de la salud.
- Estimular la participación individual y corresponsabilidad en el cuidado de la salud de cada miembro.
- Evaluar las intervenciones establecidas en la familia y el impacto que han tenido en este núcleo familiar

3. FUNDAMENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace 30 años, presentó a la atención primaria a la salud como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas y se puso en marcha en 1978 en la declaración de Alma-Ata. En todos los países, ofrecía una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usaban los recursos. La atención primaria de salud adoptó una visión holística de la salud que iba mucho más allá del limitado modelo médico. Reconocía que muchas de las causas básicas de la mala salud y de la enfermedad escapaban al control del sector de la salud y, por lo tanto, deberían abordarse a través de un enfoque amplio que abarque a toda la sociedad. De ese modo cumpliría varios objetivos: mejorar la salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar enormemente la eficacia de los sistemas de salud; sin embargo el principal problema radica en la distribución de los recursos que se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial⁴.

Así mismo otro problema al que se enfrentarían los Servicios de Salud era la desarticulación de la atención a nivel mundial, originado el área de Salud Familiar y Comunitaria por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en conjunto con la OMS se encarga de regular la atención a la población dependiendo de cada grupo de edad en cada etapa de la vida salud materna y perinatal, salud del recién nacido y niño, inmunización, salud de adolescentes y jóvenes, envejecimiento saludable, nutrición, y VIH/ITS,⁵ de ahí, la creación de los diferentes programas de atención en Europa, Estados Unidos y México que tienen como eje estos vectores adaptándolos a las necesidades poblacionales de cada país.

En México la atención a la familia surgió como una necesidad de mejorar la atención a la población de manera especializada en el Instituto Mexicano del Seguro Social quien fue visionario en esa área, creando el Sistema Médico Familiar en 1959 que con este sistema pretendía mejorarse la relación afectiva y de confianza entre el personal profesional y los enfermos, donde los prestadores de servicios trabajarían con un solo núcleo humano que

⁴OMS (2012), Informe sobre la Salud en el Mundo, La Atención Primaria a la Salud Más Necesaria que Nunca, Recuperado en 21 de noviembre 2011, www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html.

⁵OMS (2009), 110 Años Promoviendo la Salud en las Américas, Salud Familiar y Comunitaria (2009), Recuperado en noviembre 2011 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&lay

fuera fijo, permitiéndole conocer a sus pacientes en todos sus aspectos físicos y psicológicos⁶.

3.1. Antecedentes.

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como la propia humanidad. Es la más antigua de las instituciones sociales humanas y según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Ante las vicisitudes de la historia, la familia ha mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, lo cual viene a contradecir aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio. Esta capacidad de resistencia ha quedado demostrada cuando, por ejemplo, ante alguna catástrofe, sucumben sociedades complejas y no sobrevive solo un grupo de individuos, sino una pluralidad de familias. Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias Lewis H. Morgan enfatizó la influencia de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia, la cual nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona como consecuencia del desarrollo de la técnica y la economía.⁷ Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan en 1877, fueron tomadas por Engels en su obra *El origen de la familia, la sociedad privada y el Estado*, quien las enriqueció con las aportaciones del marxismo, resaltando la importancia de la génesis de la familia, las relaciones de producción y estableciendo una íntima conexión entre familia y el Estado como eslabones de un mismo proceso.⁸

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad,⁹ por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el Diccionario de la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.¹⁰ La palabra linaje, hace referencia según Warner, a un

⁶ Quiroz, J., Irigoyen, A., (2008) *Reseña Histórica en Medicina Familiar; Una Visión Histórica de la Medicina Familiar en México*, MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. 2 (1), 49-54.

⁷ Michel, A., (1974), *Sociología de la Familia y el Matrimonio*. Barcelona, Península, 25-30

⁸ Caparros N: *Crisis en la Familia*, (1981), Madrid, Fundamentos, 16-190

⁹ Horwitz N, *Op. Cite*. P. 110

¹⁰ Diccionario de la Lengua Española (2009), Vigésima Segunda Edición, <http://lema.rae.es/drae/>

grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la “línea del apellido” (líneas de descendencia unilaterales). De tal forma, en nuestro medio, las familias resultan ser patrilineales, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matricéntricas.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano,¹¹ y según los socialistas Frederick Le Play y Proudhon¹²; “es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria, relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza. Es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contra reacciones en los otros y en el mismo. Es por eso que no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. La teoría sistemática (referida por Steinglass) define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente duradera. Al definir a la familia como un sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y su desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.¹³

El individuo es un subsistema de la familia y ésta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí. Sin embargo, existe interdependencia entre cada uno de estos sistemas, de manera que al definir a cualquiera de ellos se hace necesaria la participación de los otros dos.¹⁴

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud; y afirma: “hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta”, cuando las relaciones entre la personalidad del individuo y los procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud;¹⁵ no obstante, existe un vacío conceptual y

¹¹ Gode, J., (1982), La Familia como Elemento en la Estructura Social, México, UTHEA, 12-18

¹² Michael A, Op. Cite. P. 28

¹³ Gómez, J., et al (1999) Selección y Análisis de Instrumentos para la Evaluación Familiar. Arch Med Fam, 1 (2),45-47.

¹⁴ Caparros N, Óp. cite. P. 45

¹⁵ Ackerman, W., (1982), Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Horme-Paidos, 55-113

metodológico en el enfoque de salud familiar que obstaculiza la integralidad en la práctica sanitaria.¹⁶

La atención a la salud de la familia, constituye una necesidad si se desea progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud en la atención primaria, por eso es importante mencionar algunos de los antecedentes en su propia evolución.

La medicina familiar tiene sus orígenes en la medicina general, la que surgió y tomó auge desde el siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo XX. El médico general de aquella época era responsable de la atención a familias, y sus funciones de consejero ante los problemas de sus pacientes se reconocían como características específicas de dichos profesionales. En el período comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, surgió el médico de cabecera, profesional de alta calificación con conocimientos sobre medicina, que se hizo cargo de los problemas de salud de las familias y actuó como consejero de problemas educacionales y matrimoniales, entre otros¹⁷.

En la década de los 40, la respuesta de los médicos generales se manifestó en la creación de academias y colegios dedicados a la medicina general, para impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia. En Canadá se fundó el Colegio de Médicos de Familia en 1954. Fue bautizada con el nombre de Medicina Familiar, en 1966, en Estados Unidos, una especialidad que no existía todavía cuando el informe Willard lo utiliza para denominar a una forma de atención médica que debía ser creada por exigencia de la sociedad americana, que había expresado su disconformidad con el tipo de atención de la salud vigente en ese momento, basada en una medicina predominantemente tecnológica ejercida por especialistas y provista mayormente en los hospitales o complejos centros médicos. Aunque es en 1969, con la fundación del *American Board of Family Practice* y la creación de las primeras residencias para formar médicos de familia, cuando este proceso tiene su inicio oficial¹⁸.

En 1969, se aprobó la medicina familiar en los Estados Unidos y se crearon los programas educativos de posgrado. En América Latina y el Caribe, comenzó la concientización para la implantación y desarrollo de programas de medicina familiar en las universidades médicas y en los años 70 comenzó la aplicación de la formación posgraduada de la medicina familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela. En 1970, en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial

¹⁶Lauro, I. (2005), Escuela Nacional de Salud Pública, Modelo de Salud del Grupo Familiar, Rev. Cubana Salud Pública, 31(4), 7-332

¹⁷ Rivero. O., (2010), Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar, Mediego, 16(2), 1-11

¹⁸ Ibíd., pág. 3

de Médicos Generales, se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/ Médicos de Familia)¹⁹.

Sin embargo desde 1976 un comité de expertos definió la salud del conjunto de la familia como un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de ésta, como unidad bio-social en el contexto de una cultura y sociedad dada²⁰ que desde entonces, quedó aclarado que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros y se refiere al ambiente sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno. Desde esa fecha el concepto colocó la noción de la dimensión grupal, que depende de las relaciones interfamiliares y de las condiciones que favorezcan el funcionamiento efectivo. Se infiere también que no es una condición que se llega por adición del estado de salud o enfermedad de cada uno de los integrantes de la familia, como equivocadamente suele entenderse.

En 1978 se celebró, con la participación de 140 países, la Conferencia de Alma-Ata, que concluyó con la Declaración de Alma Ata, en la que se aprobó la estrategia de atención primaria como la pertinente para alcanzar Salud Para Todos en el año 2000, a partir de ahí se organiza la Atención Primaria a la Salud (APS), como el primer modo de toma de contacto de la población con el sistema sanitario, con la idea de buscar justicia y la igualdad, promover la autorresponsabilidad, la solidaridad y la participación comunitaria²¹.

Partiendo de lo anterior también, cabe mencionar que la Atención Primaria a la Salud como lo define la OMS en dicha declaración subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella, como conjunto de actividades debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas.²² Así mismo la carta de Ottawa, resultado de la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1986, propone considerar al individuo responsable de su nivel de salud, lo que se pretende es capacitarle para que tome decisiones que le sean favorables a través de la educación y la distribución de los recursos. Por lo que la necesidad de ampliar la cobertura en salud, basada en los anteriores principios origina a que la OMS en 1988 defina la salud pública, como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida

¹⁹ Rivero. O., Op. cite., P. 3

²⁰OMS (1976). Índices Estadísticos de la Salud de la Familia, Informe de un Grupo de Estudio, No. 587, 5-91.

²¹Sánchez, A., et al, (2000), Enfermería Comunitaria 3, Actuación en Enfermería Comunitaria, McGraw-Hill, Interamericana, 148-153

²²OMS (1998), Promoción de la Salud, Glosario, Ginebra, Recuperado 22 de marzo 2012, http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

mediante esfuerzos organizados de la sociedad²³, por en un contexto lógico la familia, al ser el núcleo de la sociedad sea cual fuere su tipología, debe de ser uno de los principales ejes en la atención de la salud y priorizar en las problemáticas que la aquejan en conjunto, para que los individuos que existen en ella reproduzcan e influyan los estilos de vida saludables aprendidos, a los demás individuos que la conforman.

En 1991, la Declaración de WONCA sostiene el papel del médico general/familia en los sistemas de atención de salud y en 1994 se efectuó en Canadá, la Conferencia Conjunta OMS/WONCA. En 1996, se realizó en Buenos Aires la Reunión Regional para la América sobre Medicina Familiar en la Reforma de los Servicios de Salud²⁴.

En 1996, en la investigación de diagnóstico comunitario de la salud familiar, en un territorio de Ciudad de La Habana, definió la salud de la familia, en términos de su funcionamiento efectivo, como la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida.²⁵

En México, uno de los grandes problemas que tiene el personal de la salud en el ejercicio clínico es sin duda el abordaje familiar. Al respecto se ha hablado mucho, sin embargo, el llevar a la práctica los conceptos de integralidad, continuidad de la atención y enfoque de riesgo; desde una perspectiva individual, familiar y social, resulta muy complejo.²⁶ El nacimiento de la Medicina Familiar (MF) en México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país y por influencia de otros países, particularmente los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y el Reino Unido; con la participación relevante del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de los propios médicos familiares que conformaron sus organismos rectores de la especialidad. Después de creada la Ley sobre la Seguridad Social de los Trabajadores Mexicanos en el año 1943, se inician los servicios médicos institucionales el 6 de enero de 1944. La mayor dificultad a la que se enfrentó el Instituto Mexicano del Seguro Social, fue cambiar la atención individualista por otra más “socializada. El modelo de atención médica denominado “Sistema Médico Familiar” se diseñó y puso en funcionamiento 10 años antes de que se iniciara en los EEUU. El IMSS no sólo transformó su sistema de atención médica, sino que efectuó una trascendental modificación al incluir la formación del personal médico, las autoridades de esta institución

²³OMS, Glosario, Op. cite., P. 12

²⁴Rivero. O., Op. cite., P. 3

²⁵Ortiz, T., Lauro, I., Jiménez, L., Silva, C., (1999), Salud Familiar, Caracterización en un Área de Salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 15(3), 9-303.

²⁶Herrera, C., (2008), Caso Clínico 08-15-5, Rev. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Medicina Familiar, 15(5), 110-113

declaran: “El médico familiar en el IMSS es una innovación que permite conservar la tradición, la conducta humanista de antaño, aunada al conocimiento de nuevas técnicas de la medicina moderna²⁷ .

En 1959 se reorganiza el sistema de atención médica y llamándosele “Sistema Médico Familiar”, con este sistema pretendía mejorarse la relación afectiva y de confianza entre el personal profesional y los enfermos, donde los prestadores de servicios trabajarían con un solo núcleo humano que fuera fijo, permitiéndole conocer a sus pacientes en todos sus aspectos físicos y psicológicos y agilizar la consulta disminuyendo el tiempo de espera²⁸ .

El año de 1969 fue muy importante para el desarrollo de la Medicina Familiar (MF), ya que fue reconocida como la vigésima especialidad en los Estados Unidos de América. Un hecho benéfico para el crecimiento de la especialidad fue la “Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata”, celebrada en 1978, y donde se priorizó la atención primaria a la salud y se evidenció que una de las especialidades médicas que mejor podría aplicarla sería la Medicina Familiar. En 1988, con el aval de la Academia Nacional de Medicina de México, se crea el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, y hacia 1994 se crea el Colegio Mexicano de Medicina Familiar. Además en 1980, se abre la especialización en otras instituciones de salud: el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SS), con programas muy parecidos a los del IMSS-UNAM. Estas instituciones también modifican su sistema de atención médica en el primer nivel de atención, para atender a los derechohabientes por familias en el área de la Salud Pública y Medicina Preventiva²⁹

Tuvieron que transcurrir algunos años para que el IMSS modificara la atención a los individuos, unificándola en el modelo de atención a la salud de carácter integral incluyendo la prevención, curación y rehabilitación. Ahí, la prioridad también ha sido la atención al daño y poco se han desarrollado los servicios preventivos, con excepción de programas como el de vacunación, hidratación oral y planificación familiar, que han tenido gran impacto en la salud y demografía del país. Lo anterior, aunado a la transición demográfica y epidemiológica, se ha traducido en elevados gastos de atención médica, para dar respuesta a esta problemática, se implementó el proceso de mejora de la medicina familiar, que incluye la estrategia Programas Integrados de Salud, diseñada durante 2001 y puesta en operación en 2002; el cual trata de una estrategia que ordena y sistematiza la prestación de los servicios preventivos a través de cinco grandes programas y cinco acciones preventivas, descritas y empleadas en la elaboración de este

²⁷ Quiroz, J., Irigoyen, A., Óp. cite., P. 52

²⁸ Ibid., pag. 51

²⁹ Muñoz. O., (2006) Programas Integrados de Salud; Proyecto Estratégico 2001-2003. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 44(1): 1-2

estudio de caso de familia que, como se observa, abarca todos los grupos de edad y permite emplear la prevención de la salud de manera práctica y efectiva al entregar al individuo una Cartilla de Salud con el registro de las acciones.³⁰

Posteriormente a fin de garantizar la atención de las necesidades fundamentales de salud a todos los mexicanos, desarrollar sus aspiraciones de plenitud y con ello, mejorar sus condiciones de vida, el sector salud diseñó las Cartillas Nacionales de Salud unificadas, instrumento de Salud Pública inscrito dentro de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, presentada por el Presidente de la República el 13 de febrero de 2007.³¹

Con la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el Gobierno Federal, a través del Sector Salud, impulsa nuevas acciones de carácter anticipatorio para reducir el impacto de las secuelas por tratamientos tardíos de enfermedades y lesiones en individuos, familias, comunidades y sociedad. Para lograrlo, se plantea dos objetivos:

- Reducir la carga de enfermedad, modificando los determinantes con entornos
- Comportamientos saludables, e integrar la protección personal con prevención específica para cada etapa de la vida.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados por la Estrategia Nacional, la Federación y los Servicios estatales de Salud firman un Convenio de Colaboración Institucional encaminado a garantizar un paquete de intervenciones de promoción y prevención accesible a toda la población a través de una herramienta única, válida para todo el Sector Salud, como son las Cartillas Nacionales de Salud unificadas³².

Así, la Secretaría de Salud, el IMSS, ISSSTE Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y los servicios de salud de Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y Petróleos Mexicanos (PEMEX) se dieron a la tarea de diseñar cinco nuevas Cartillas Nacionales de Salud: de Niñas y Niños de 0 a 9 años, del Adolescente de 10 a 19 años, de la Mujer de 20 a 59 años, del Hombre de 20 a 59 años y del Adulto Mayor de 60 años y más que integran acciones de promoción de la salud, nutrición, detección, prevención y control de enfermedades, esquema de

³⁰Programas Integrados de Salud (2005), Proyecto Estratégico 2001-2003, Rev. Enferm. IMSS, 13(1), 41-56

³¹ Ibíd., pág. 43

³² Ibídem pág. 45

vacunación y un apartado de citas médicas. Las Cartillas Nacionales de Salud unificadas, están disponibles en las unidades de salud de todo el país a partir de enero del 2009³³

Es innegable la participación de la medicina en la historia de la atención familiar y del individuo, sin embargo la enfermería es a la vez una disciplina y una profesión, ya que toma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas, interesándose en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes, para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud de los individuos o grupo de individuos, es una disciplina porque está conformada por el cuerpo de conocimientos científicos que guían su práctica, así mismo, evoluciona de manera independiente e interpreta de manera individual los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud. Enfatiza el manejo del cuidado de la salud de los seres humanos de una forma unitaria y procesual, enfocándolo desde el espectro de las respuestas humanas hacia los problemas reales o potenciales de salud. El cuidado de enfermería que se brinda a individuos o grupos y familias en condiciones de bienestar enfermedad o riesgo, tiene como función básica la promoción y el mantenimiento de la situación de salud³⁴.

La Declaración de Viena expresó la necesidad de "Una acción urgente por parte de los gobiernos nacionales y tomadores de decisiones en salud, para ayudar a las enfermeras a realizar los cambios que se requieren en la enfermería, si se quieren lograr las metas de salud para todos "(OMS, 1988). Se pidió una mayor participación de las enfermeras en el desarrollo de políticas de salud en todos los niveles, y un énfasis en enfermeras dentro de las estructuras de atención primaria en consonancia con el marco de Alma Ata³⁵.

La Declaración pide a las enfermeras a ser "fuertes defensores de las políticas y programas de salud para todos, en los planos nacional, regional y local (y para que las enfermeras desarrollan), servicios innovadores basados en un enfoque de salud pública, el logro de sus objetivos tradicionales en formas nuevas e independientes, en colaboración estrecha con colegas profesionales, clientes y comunidades. Las enfermeras tuvieron que jugar un papel más activo, en ayudar a la gente a ser más autosuficientes y para hacerse cargo de su salud. "En el empoderamiento de las personas, las familias y las comunidades a ser más autosuficientes y llevar a cargo su desarrollo de la salud ³⁶".

³³ Cartillas Nacionales de Salud (2012), Recuperado junio 2012, <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html>

³⁴ UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, (2009), Teorías y Modelos de Enfermería; Bases Teóricas para el Cuidado Especializado, 2 da. Edición, 66-138

³⁵ Hennessy. D., Gladin. L., (2006), Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study, Regional Office Europe, 5-170

³⁶ Hennessy. D., Óp. cite. P. 24

Además, las políticas tenían que ser adoptadas para permitir a las enfermeras practicar con autonomía suficiente, para llevar a cabo su nuevo papel en la atención primaria. Los cambios eran necesarios para mejorar la formación de enfermería, la investigación y la práctica, que incluirá una concentración en salud en lugar de la enfermedad, y un alejamiento de un enfoque absoluto sobre las personas, hacia la construcción de relaciones con las familias y comunidades³⁷.

En 1998 la OMS identificó 21 objetivos, que van desde las decisiones a nivel de políticas para actividades específicas de la enfermedad, muchos de los cuales tenían posibilidades de entrada de enfermería mejorada, identificado el deseo de todos los Estados miembros a garantizar "que los profesionales de salud y los profesionales en otros sectores han adquirido los conocimientos adecuados, actitudes y habilidades para proteger y promover salud ", también señala que, "en el núcleo debe ser una enfermera de salud familiar bien formado, proporcionando una amplia gama de asesoramiento, estilo de vida, apoyo familiar y los servicios de cuidado en el hogar a un número limitado de las familias "³⁸.

Sobre la base de estos avances, la Declaración de Múnich en el 2000 fue adoptado en la Segunda Conferencia Ministerial de la OMS, sobre Enfermería y Partería. Los formularios de declaración de Múnich la base de la actividad actual en el Programa de la OMS (Europa) Enfermería y Partería, haciendo hincapié en el potencial de las enfermeras y las parteras como una importante fuerza política y social y recursos para la salud pública. Afirmó que las enfermeras y las parteras tenían que ser capaces de trabajar a su potencial como profesionales independientes e interdependientes, para contribuir al cumplimiento de este objetivo.

También identificó el desarrollo de las principales funciones de las enfermeras y parteras a través de:

- Contribuir a la toma de decisiones en todos los niveles políticos
- Estar activo en la mejora de la salud pública y el desarrollo comunitario
- Proporcionar centrado en la familia de enfermería y partería comunidad

Parte de este desarrollo en curso para fortalecer la enfermería y la partería, era apoyar a una base de evidencia para la práctica de enfermería y la política a través de la investigación, junto con la amplia difusión de los resultados. Las mejoras en la educación inicial, así como el acceso a un mayor nivel de enfermería y educación en partería, eran

³⁷ Ibíd. pág. 36

³⁸ Ibídem. pág. 40

esenciales. Se adelantó la Enfermera de Salud Familiar como un medio para satisfacer esta necesidad³⁹.

Resumiendo los avances significativos que se obtuvieron en la enfermería se puede concluir que su propósito es promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital.

El arte de la enfermería es la utilización creativa de la ciencia, para el mejoramiento humano como la aplicó Dorothea Orem en 1958, mientras trabajaba como asesora en la Office of Education, Department of Health, Education, and Welfare, en la mejora de la formación de enfermeras, Orem comenzó su Teoría del Autocuidado, posteriormente publica en 1959 su primer concepto sobre la enfermera, para proporcionar el autocuidado de un individuo en "Guides for Developing Curricula for Education of Practical Nurses". Entre 1980 y 1985 perfeccionó e incrementó sus ideas para incluir el autocuidado en las familias, los grupos y las comunidades⁴⁰.

La Teoría de Orem consta de tres teorías relacionadas, que en conjunto se refieren a la Teoría General de la Enfermería de Orem. En la estructura de dicha teoría, se encuentra la organización de datos que corresponden a las características biológicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos, también la teoría del Autocuidado, muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos; la Teoría del Déficit del Autocuidado, postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico⁴¹.

La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo, pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad, puede ser identificada claramente. La Teoría de los Sistemas de Enfermería proporciona el contexto dentro del cual, la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado⁴².

³⁹Hennessy. D., Óp. Cit. pág. 61

⁴⁰Cavanagh. J., (1993), Modelo de Orem, Aplicación Práctica, Masson-Salvat, 45-323

⁴¹Ibíd., pág. 71

⁴²Cavanagh. J., Op. cite. P. 73

Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría, como se observa en la tabla siguiente.

Modelo de Dorothea Orem	Proceso de Atención de Enfermería
Teoría de Autocuidado: -Autocuidado -Requisitos de Autocuidado	Valoración: -Detectar los requisitos de autocuidados que comparten los integrantes del grupo comunitario. -Evaluar situación de autocuidado de los integrantes del grupo comunitario.
Teoría de Déficit de Autocuidado: -Demanda Terapéutica -Agencia de Autocuidado -Déficit de Autocuidado	Continúa la valoración: -Evaluar la agencia de autocuidado de los integrantes del grupo -Evaluar cuál es la demanda de Autocuidado que tienen en común el grupo comunitario. -Diagnóstico -Evaluar relación entre la demanda terapéutica y la agencia de autocuidado para evaluar la existencia de déficit de autocuidado. -Una vez detectado el déficit de autocuidado, se plantea el diagnóstico de enfermería.
Teoría de Sistemas: -Agencia de Enfermería -Sistema de Enfermería	Planificación - Ejecución de las intervenciones – Evaluaciones: -Planificar los cuidados de enfermería para abordar los déficits de autocuidados detectados, plantear objetivos, según corresponda. -Ejecutar las intervenciones a través del sistema de enfermería que corresponda

43

Específicamente, contempla el proceso de enfermería, como aquel que requiere que el personal de enfermería, participe en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales. Los procesos interpersonales y sociales implican que el personal de enfermería desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. ⁴⁴Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos.

Así mismo, existen trabajos de estudios de caso como el de: Teoría del Déficit de Autocuidado, como base educativa para modificar actitudes que ayuden a la familia a

⁴³ Vega. O.,González. D., Teoría del Déficit del Autocuidado, Interpretación desde los Elementos Conceptuales, Ciencia y Cuidado 4 (4), 28-35

⁴⁴ Cavanagh. J.,Op. cite. P. 67

recuperar la salud, en donde Hernández M 2011 plantea en este estudio de familia la utilidad del Proceso de Atención de Enfermería, conjugado con la Teoría del Déficit del Autocuidado en un paciente con Diabetes M. II y la importancia de la familia como red de apoyo, desarrollando el compromiso del profesional de Salud Pública, en reconocer, analizar y dar respuesta a los problemas actuales de la población. La importancia principalmente se le otorga al sistema de enfermería de Apoyo/educativo, la realización de Diagnósticos los fundamenta en la NANDA, las intervenciones y evaluación en NIC/NOC dando como resultado 8 visitas domiciliarias y la involucración de la familia en el cuidado de la paciente, de igual manera la capacitación a la cuidadora para la aceptación del rol. Es así que ambos conceptos de la salud pública, de la atención primaria a la salud y los trabajos realizados por profesionales de la salud; fundamentan la importancia de la salud familiar y de la utilización, en este estudio de caso de la Teoría General del Déficit del Autocuidado, en la cual Dorothea Orem plasma la importancia de identificar los déficit de salud encontrados en cada etapa de la vida y su desarrollo, para la identificación de problemas reales y/o potenciales que propiamente conlleva guiar a los individuos al empoderamiento y cuidado propio de la salud, sea cual fuere el estado de la misma y para la sistematización de la misma Teoría de Orem se ha integrado al Método Enfermero⁴⁵.

También es de suma importancia, fundamentar de manera general la columna vertebral de este trabajo que consiste en la intervención de enfermería especializada, a través de la aplicación de la Teoría General del Déficit del Autocuidado, para el fortalecimiento de acciones que contribuyan al mejoramiento del patrón alimenticio y del patrón del sueño en la familia, por lo que primeramente es necesario resumir la importancia de la alimentación saludable y cómo el patrón del sueño afecta en las relaciones personales. Posteriormente se desarrollara el concepto de cada uno, en el apartado de Marco Conceptual.

3.1.1 Panorama General de la Alimentación en México.

El Instituto Nacional de Salud Pública, desde la publicación de su Encuesta de Salud y Nutrición de 2006 (ENSANUT 2006), ha dado voz de alarma acerca del incremento dramático que han tenido las tasas de sobrepeso y obesidad en México, ya que 70 por ciento de los adultos mexicanos la padecen. Este incremento se ha agravado en niños en edad escolar, aumentando de 18.4 por ciento en 1999 a 26.2 por ciento en 2006, es decir, a razón de 1.1 porcentual por año. La Diabetes Mellitus 2, importante complicación de la obesidad, es la primera causa de muerte en México. Cabe destacar que además de la alta mortalidad, el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones, cuesta al Estado cerca de

⁴⁵Hernández. R., (2011), Estudio de Familia, Teoría del Déficit del Autocuidado como Base Educativa para Modificar Actitudes que Ayuden a la Familia a Recuperar la Salud, 1-72

80 mil millones de pesos al año, más el impacto sobre la economía familiar y el sufrimiento.

La alimentación es plataforma de lanzamiento de las sociedades, cuestión que cobra especial importancia en México donde, de cada cinco niños del sureste padece retraso en el crecimiento como resultado de anemia, por desnutrición, en tanto que de cuatro millones de infantes mexicanos sufren problemas de sobrepeso y obesidad. Se trata de fenómenos de salud, que repercuten seriamente en el desarrollo y la salud de la población infantil.

Ahora no hay duda sobre que la desnutrición, es consecuencia de la ausencia de nutrimentos en la dieta y el sobrepeso y obesidad resultado de un consumo en exceso ya sea de grasas, azúcares o carbohidratos. El Instituto Nacional de Salud Pública indica que más de 70 millones de mexicanos tienen problemas de sobrepeso u obesidad, con 20% de incidencia en niños de entre 5 y 11 años, 40% en adolescentes y 60% en adultos. Uno de los principales problemas en este campo, es que se trata de un importante factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, aterosclerosis, hipertensión arterial, colesterol elevado, problemas osteo-articulares y digestivos, entre otros.⁴⁶

En México se establece en la NOM -043-SSA2-2005 los criterios para una buena alimentación en la población. El propósito fundamental de esta Norma, es establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la orientación alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta, que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Así como elementos para brindar información homogénea y consistente, para coadyuvar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud, relacionados con la alimentación. La orientación alimentaria es prioritaria y debe proporcionarse a toda la población, es conveniente que atienda a los intereses del público en general, de los grupos vulnerables en especial y que tome en cuenta a la industria y a otros grupos interesados. Los contenidos de orientación alimentaria se deben basar en la identificación de grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación del estado de nutrición, la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores de la población⁴⁷.

⁴⁶Osorio. H., (2010), Aumenta el Índice de Sobrepeso en Población Infantil de México, Instituto Nacional de Salud Pública, Recuperado 15 de junio 2012, <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/1200-crecen-sobrepeso-y-obesidad-infantil-en-mexico-11-al-ano.html>

⁴⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria.

3.1.2. El Patrón del Sueño y la Salud

El problema del insomnio se ha asociado a una disminución del rendimiento laboral y un incremento de la tasa de accidentes de automóvil, y una mayor propensión a padecer enfermedades médicas. La clasificación de enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), requiere para el diagnóstico de insomnio, que la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, dure al menos un mes y que, además, se acompañe de fatiga diurna, sensación de malestar personal significativo y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad personal⁴⁸.

Los trastornos del sueño son un motivo de consulta frecuente, tanto en medicina general como en psiquiatría. Más del 50% de los pacientes de atención primaria se quejan de insomnio si se les pregunta por el sueño, pero sólo el 30% lo mencionan a su médico de cabecera por iniciativa propia, y sólo el 5% acuden al médico con el objeto principal de recibir tratamiento para este problema. Se estima que de un 10% a un 15 % de la población adulta padece insomnio crónico.⁴⁹

La prevalencia del insomnio como síntoma de alguna enfermedad es también elevada, ya que se estima que un 50% de los adultos sufren insomnio en algún momento de la vida y que un 25-35 % ha padecido insomnio ocasional, o transitorio acompañando al estrés de situaciones vitales; estos porcentajes son elevados teniendo en cuenta que la depresión – enfermedad más frecuente en psiquiatría– tiene una prevalencia del 17%⁵. El resultado de numerosos estudios de pacientes con insomnio, permite concluir que en la mayoría de los casos el insomnio es un síntoma de un trastorno subyacente, más que una enfermedad en sí misma. Es importante tener esto en cuenta, ya que a la hora de tratarlo se debe actuar, siempre que sea posible, sobre la causa y no sólo sintomáticamente. Existe una relación estrecha y bidireccional entre una persona sana y un sueño normal, debido a que el sueño cumple diversas funciones fisiológicas necesarias para la salud del individuo⁵⁰.

⁴⁸ Sarrais. F., Castro. P.,(2007) An. Sist. Sanit, Navar El insomnio The insomnia, 1(30), 121-134

⁴⁹ Ibíd. P. 122

⁵⁰ Sarrais. F., Castro. P., Óp. cite. P. 125

4. MARCO CONCEPTUAL

La importancia de estos conceptos radica en que el equipo de salud, en su práctica médica integral, es centro de apoyo al que recurre la población que carece de redes sociales adecuadas o funcionales en su vida cotidiana. El restablecimiento o la aceptación de la enfermedad, el cumplimiento de los planes terapéuticos y la óptima utilización de los servicios de salud están mediatizados en gran medida por la existencia de una red social satisfactoria que, aportando el soporte social necesario, mejora las expectativas de salud y facilita la adherencia terapéutica⁵¹

4.1 Conceptualización de la Enfermería

La enfermería a través de la historia, se ha descrito como una serie de tareas y técnicas; como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de salud en el transcurso del proceso vital humano. La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad⁵²

Enfermería es a la vez una disciplina y una profesión, como profesión toma parte de los esfuerzos, para mejorar el futuro de la calidad de vida al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. La profesión de enfermería se interesa en las actividades que desarrollan y canalizan sus practicantes, para lograr la promoción y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los seres humanos. Como disciplina es un terreno del conocimiento, un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud⁵³.

En la actualidad la ciencia de enfermería presenta en su desarrollo teórico y de investigación, asociación con la tradición empírica de las ciencias naturales. Los medios inductivos de generación de hipótesis, la descripción fenomenológica y la historiografía, han entrado en formar parte importante en el desarrollo de la ciencia de enfermería.

La creación estética de enfermería se hace visible a través de las acciones, el cuidado, las actitudes y las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a las demás personas. Los teóricos han hecho esfuerzos para clarificar estos elementos, sin embargo

⁵¹ UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, (2009), Teorías y Modelos de Enfermería; Bases Teóricas para el Cuidado Especializado, 2 da. Edición, 7-138

⁵² *Ibíd.* pág. 8

⁵³ *Ibíd.* pág. 12

para fines aplicativos en este trabajo, Orem conceptualiza que la enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta⁵⁴.

4.2 Paradigmas.

4.2.1 Paradigma de Categorización

Se han precisado las características de la disciplina enfermera, desde 1859 en varios escritos con la utilización de los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno; y es precisamente al abordaje particular de ellos por las teóricas en enfermería, que se han generado diferentes contextos, que han marcado su evolución creando paradigmas, orientando el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad, en donde las manifestaciones son ordenables, definibles y medibles, como sucede en el paradigma de la categorización centrado en la Salud Pública; la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Florence Nightingale por ejemplo, recopila las estadísticas relacionadas con las mejoras sanitarias y tasas de mortalidad, con el desafío de organizar los cuidados enfermeros en el hospital de Crimea. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada, permiten a la persona movilizar sus energías hacia la curación y a su conservación y estos factores son válidos también, para la prevención de la enfermedad⁵⁵.

- Orientación hacia la Salud Pública.

La orientación hacia la Salud Pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos; de programas educativos, de prevención de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de higiene industrial; en el individuo, la familia y la comunidad. La necesidad de una conceptualización, ha dado paso a lo que es el desempeño de la práctica profesional de una forma clara y medible; en lo que respecta a la Salud Pública, en 1988 la OMS en el Informe de Acheson, la define como " la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos

⁵⁴UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, (2009), Teorías y Modelos de Enfermería; Bases Teóricas para el Cuidado Especializado, 2 da. Edición, 7-138

⁵⁵ UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, Op. cite. P. 64

organizados de la sociedad"; como el mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud y otras formas de intervención sanitaria como Sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas, no infecciosas y lesiones; educar al individuo en la higiene personal, organizar los servicios para diagnóstico tratamiento y rehabilitación⁵⁶.

- Orientación hacia la Enfermedad.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan al control de la enfermedad, es de ventaja para la población aprovecharse de los cuidados enfermeros adecuados, como de las mejoras de la práctica clínica. De este modo, una formación más avanzada de los cuidados de enfermería, son un medio esencial de controlar la enfermedad⁵⁷.

4.2.2. Paradigma de la Integración

- Orientación hacia la Persona.

Este paradigma, prolonga el paradigma, de la categorización, reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno; ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona, teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. Centra su atención en la situación presente y utiliza los principios de ayuda y de intervención, que significa actuar con la persona, a fin de responder a sus necesidades. Se vuelve consejera experta, que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal armonioso⁵⁸.

4.2.3. Paradigma de Transformación

Un fenómeno es único, algunos presentan similitudes, pero ninguno se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, es una unidad global en interacción recíproca con una unidad más grande, un mundo que lo rodea. Ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera.

⁵⁶ UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, Op. cite. P. 64

⁵⁷ *Ibíd.* pág. 67

⁵⁸ *Ibíd.* pág. 69

Un claro ejemplo es la aplicación de los cuidados de salud primarios, en esta óptica los profesionales de salud, son sólo un recurso en el marco de un enfoque colectivo con los individuos, las familias y las comunidades, con la intención de ayudarle a encontrar los elementos de respuesta, en la satisfacción de sus necesidades de salud y desarrollo económico⁵⁹.

Las enfermeras que se adhieren a la Atención Primaria de la Salud, pueden trabajar desde una relación de igualdad, en las etapas de un proyecto sanitario con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a las suyas, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad son características de esta disciplina⁶⁰.

⁵⁹ UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, Op. cite. P. 73

⁶⁰ *Ibíd.* pág. 73

4.3 La Familia

La palabra Familia, deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, esclavo doméstico. En la era del nomadismo, con el término de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua, el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.⁶¹ En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra “familia”, suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, “en familia”.⁶²

El termino Familia, puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. Sin embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente, partir de una adecuada especificación de la terminología. De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional⁶³.

El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí, es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse. El Censo Canadiense define a la Familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. Según The United States Census Bureau”, la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre sí por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción. La primera definición incluye los conceptos de matrimonios, familia nuclear y seminuclear (ésta como complicación del desarrollo familiar), en tanto que la segunda es más amplia por señalar los vínculos que determinan

⁶¹ Medalie. H., (1987), Cambios en los Patrones Sociales y su Interrelación con la Familia y la Salud, Medicina Familiar. Principios y Prácticas. México, Limusa, 43-50.

⁶² Horwitz, N., Florenzano, R., Rigeling, I., Op. Cite. P. 50

⁶³ Ibíd. pág. 56

parentesco⁶⁴. En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que, la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran, además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción, que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia⁶⁵. El primero de ellos está fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extra familiares.⁶⁶

Es posible, entonces, definir a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones, tanto económicas como afectivas, con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva⁶⁷.

4.3.1 Roles Familiares

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos, que los unen como familia y que conforman una relación reticular.

Desde 1928, Burgess sugirió que la familia podía ser estudiada como unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia, una posición definida por un determinado número de roles. Los roles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar y una cultura específicas. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes con relación a las funciones que tienen que cumplir en un seno, y ellos, a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del rol que se les imparte. La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes roles está estrechamente relacionada con su estilo de vida.⁶⁸ Los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tienen ante una situación familiar específica, en la que están involucradas otras personas u objetos. Es un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia, y describe ciertas conductas

⁶⁴ The Vanier Institute of the Family (2005), *Forty Years in the Life of Canadian Families*, 35(1), 3-14

⁶⁵ Meissner. W., *Aspectos Psiquiátricos del Estudio de la Familia*, Grupos de la Familia. Buenos Aires, Paidós, 1976: 157-198.

⁶⁶ Minuchin S., (2004), *Familias y terapia Familiar*, Barcelona, Gedisa 82-87

⁶⁷ *Ibíd.* pág. 85

⁶⁸ Michel, A., *Op. Cite.* P. 35

esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese rol. Implica las funciones asumidas o asignadas, tanto instrumentales como afectivas, que cada uno de los integrantes de la familia lleva a cabo. Pueden ser múltiples y simultáneas, así como funcionales y disfuncionales. La multiplicidad de roles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable, y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

- Aceptados: si cada uno se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.
- Flexibles: de tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis familiar.
- Complementarios: los roles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido ni el de padre sin hijos, etc.

Además, deben resultar satisfactorios e intercambiables en las situaciones en que se requiera. Los roles disfuncionales resultan ambiguos, matizados de rivalidad y competencia, rígidos, no complementarios y en ocasiones invertidos; por ello, reflejan patología, tanto individual como familiar⁶⁹.

4.3.2 Estructura Familiar

Al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan, la manera cómo interactúan los miembros de una familia se le denomina estructura familiar. Esa trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia, constituye las pautas transaccionales a través de las cuales una familia funciona. Por ejemplo, si una madre dice a su hijo que beba su jugo y éste lo hace, esta interacción define quien es ella en relación con él y viceversa, en un contexto y momento dados⁷⁰.

La estructura familiar es la forma en que se organiza el sistema, de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Jerarquía: La familia, como cualquier otro sistema, debe tener jerarquías, es decir, diferentes niveles de autoridad, que sean parte de las reglas que gobiernan la organización familiar. Para que esta estructura de poder sea funcional, requiere de

⁶⁹ Epstein. B, Bishop. S., (1981), Problem Centered Systems Therapy of the Family. Therapy. New York, Brunner-Mazel, 59-75

⁷⁰ Savater. F., (1997), El Valor de Educar. Barcelona, Ariel, 35-51

cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante eventos críticos en cada contexto de la vida familiar, de manera que padres e hijos tengan bien definidos sus distintos niveles de jerarquía y exista una complementariedad de funciones entre la pareja⁷¹.

En esencia, la autoridad no consiste en mandar, y debería servir para ayudar a crecer a los miembros más jóvenes de las familias. En demasiadas ocasiones los padres no educan para ayudar a crecer a sus hijos, sino para satisfacerse, modelándolos a la imagen y semejanza de lo que ellos quisieran haber sido.

- Límites: Son las reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales, mediante las cuales es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento de la familia⁷².

Los límites intergeneracionales, son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particulares de padres e hijos, diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos en la convivencia familiar. Cuando los límites son firmes determinan cierta separación y promueve la autonomía. Sin embargo, es deseable que conserven cierta permeabilidad que permita acercamientos y expresiones de afecto⁷³.

Los límites individuales se refieren al espacio que deben guardar los miembros de una familia entre sí. Varían desde el amalgamiento hasta la desvinculación. En el primero, el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida cesión de su autonomía personal. Las familias amalgamadas tienen límites entre subsistemas, que se vuelven difusos y dan lugar a que la diferenciación individual entre ellos sea escasa. Esta relación no traduce necesariamente una gran unión o solidaridad familiar, sino la inseguridad personal que se maneja cediendo libertad para recibir protección. En cambio, en las familias desvinculadas, existe una excesiva permeabilidad hacia el medio externo, mientras que los límites entre sus subsistemas son muy impermeables. La autonomía personal es muy respetada, pero se pierde el sentido de unidad y pertenencia, con lo cual el individuo se ve aislado al estar impedida la comunicación abierta y clara con los otros miembros de la familia. En ambos tipos de familias la organización de los roles es inestable y la disciplina ineficaz⁷⁴.

⁷¹ Leñero L., (1980), Estereotipos, Tipos y Neotipos de Familias en México, Medio Propiciador o Inhibidor del Desarrollo Humano. 2ª ed. México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 91-138.

⁷² *Ibíd.* pág. 95

⁷³ *Ibíd.* pág. 97

⁷⁴ Leñero L., *Óp. Cite.* P. 99

4.3.3. Tipología Familiar

La familia es una unidad micro social totalmente dependiente de la estructura social global, de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la microestructura.

La familia como fenómeno histórico, es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global.

Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida. En nuestro medio, el sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí; en ellas, cada persona es miembro de dos familias:

- Familia de Origen: En la que nace y obtiene el estatus de hijo
- Familia de Procreación: Que se conforma a través del matrimonio o de la simple unión con su pareja.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre; pueden ser tradicionales o modernas, según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento⁷⁵.

Existen familias urbanas y rurales en base al enfoque demográfico y, desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; y por las características ocupacionales del jefe de familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc. En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado puede incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Para ello, se hace necesario conocer sus características demográficas, es decir, su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin parentesco, además de las características familiares que resultan de las

⁷⁵ Ibíd. pág. 105

complicaciones en su desarrollo. Luis Leñero, señala la significativa diversidad de tipos familiares mediante una clasificación, basada en tres factores macro estructurales.

Cultura y subcultura de las comunidades a que pertenecen:

- Indígena.
- Rural tradicional.
- Urbana.

Estratificación socioeconómica y de clase según los niveles de subsistema y actividad económica:

- Marginado y subproletariado.
- Popular proletario.
- Medio.
- Elitista de dominio.

Ubicación geosocial de acuerdo a:

- La región en que habiten.
- Las redes de relación ecológica que mantengan.
- Su grado de sedentarismo o migración⁷⁶.

Según su conformación, se definen los siguientes tipos de familia:

- Familia Nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): Es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.
- Familia Seminuclear (monoparental o uniparental): Familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial, es decir, de distintos padres) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar, como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja. El médico familiar, debe poner especial atención a las familias seminucleares, que son consecuencia de alguno de los eventos, críticos accidentales mencionados, ya que en muchas de ellas se afecta su evolución en los aspectos afectivos, educativos y económicos. La ausencia del padre o de la madre, implica que la pareja restante o uno de los hijos asuman o se les asignen nuevos y distintos roles que ocasionan una presión extra, misma que en

⁷⁶ Leñero L., Óp. Cite. P. 111

las familias biparentales no se encuentra. Esta situación facilita evidentemente la aparición de patología, tanto biológica como psicosocial, y puede exacerbar la ya existente, con el consecuente incremento de la utilización de los servicios de salud⁷⁷.

Aunque las familias nucleares tienden a ser más funcionales que las seminucleares, Maccoby, sostiene que aún en las familias que no tienen padre las mujeres sumamente productivas logran criar hijos productivos.

- Familia Consanguínea (asociada, multigeneracional): Es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. En este tipo de familias es importante clarificar los límites y las funciones familiares, así como fortalecer la organización jerárquica. Se subdivide en:
- Familia Extensa: Es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges, o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.
- Familia Semi-Extensa: Consiste en una familia nuclear, con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.
- Familia Compuesta (ampliada): Puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.).
- Familia Múltiple: Son dos o más familias de cualquier tipo, que vivan bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.
- Familia Extensa Modificada: Se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red⁷⁸.

⁷⁷ Revilla. L., Fleitas. L., (1991), El Apoyo Social y la Atención Primaria de Salud. Atención Primaria 8 (1), 664-666

⁷⁸ Revilla. L., Fleitas. L., Op. Cite. P. 665

Las actividades de la familia extensa modificada y redes sociales de parentesco son básicamente:

- Cuantitativas o Estructurales. Que hacen referencia al número de personas y contactos sociales a los que puede recurrir el individuo. Implican la ayuda mutua económica y financiera, así como el intercambio de bienes y servicios regular u ocasionalmente, sobre todo durante situaciones críticas; el auxilio en tareas domésticas, compras, cuidado de los niños, etc.; actividades sociales a través de visitas, recreaciones y en ceremonias.
- Cualitativas o Funcionales. Se refieren a aspectos de apoyo que causan en el individuo, sentimientos de bienestar afectivo y que le aportan cariño, reconocimiento, consejo o guía. Este apoyo tiene un significado subjetivo y existe únicamente cuando induce determinados sentimientos en el individuo que lo recibe.

Ante los eventos críticos de cualquier índole, el recurso más importante para enfrentarlos es la propia familia. Esta función de apoyo, es mejor ejercida en las familias extensas; sin embargo, en la cultura moderna la familia tradicional extensa, tiende a transformarse en familia nuclear mediante el proceso que lleva a la sociedad a la industrialización y a la urbanización. Dicha transformación se manifiesta, sobre todo, en el tamaño y composición del grupo familiar, así como en sus relaciones internas y sus funciones económicas y sociales, entre otras⁷⁹.

La presencia en el hogar de un pariente, puede modificar su estatus positiva o negativamente, de manera que la presencia del padre o la madre de uno de los cónyuges puede convertirse en una excelente ayuda en la socialización o cuidado de los hijos, pero en otras ocasiones su presencia motivara frecuentes conflictos entre la pareja, que pueden dar lugar a la aparición de diversos síntomas en algunos de sus miembros. La estructura y las funciones de la familia son influenciadas por diversas situaciones, entre las que destacan los movimientos migratorios, los aspectos socioeconómicos de la comunidad, la carencia de recursos y la escasez de viviendas, hechos que quizá justificarían las características de las familias extensas y compuestas. Estas situaciones afectan la salud de los integrantes de la familia, lo que a su vez influye sobre la estructura, funciones y homeostasis del grupo. Es por ello que la comprensión y el estudio de estos parámetros estructurales, permiten al equipo de salud llevar a cabo acciones oportunas y eficaces, que redunden en beneficio de la funcionalidad familiar⁸⁰.

⁷⁹ Ibíd. pág. 666

⁸⁰ Revilla. L., Fleitas. L., Op. Cite. P. 667

La estructura de esta unidad se basa tanto en los lazos de afecto como en la selección, ya que la misma cultura puede incluir ciertos mecanismos para incorporar a individuos no familiares a dicha red, familiar por medio de parentescos ficticios, tales como el compadrazgo. De esta manera, la consanguinidad tiende a ser más un mero reconocimiento social que una relación estrecha, y este parentesco, al estar basado en la elección, se torna en amistad⁸¹.

El apoyo social es un proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo, son satisfechas dentro de la red social en que se encuentra inmerso, mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos sociales. Algunas características son:

- Número de personas que las integran.
- Frecuencia de contactos.
- Grado en que los miembros de la propia red pertenecen simultáneamente a otras redes.
- Composición y homogeneidad.
- Grado de intimidad y confidencialidad de los contactos en el seno de la red.
- Calidad del apoyo facilitado⁸².

4.4 Genomapa y Ecomapa

En una familia funcional existe una actitud de apertura, que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar; de ahí la importancia de la utilización del ecomapa, el cual es la representación gráfica de las relaciones externas que establecen los individuos, los subsistemas y la familia como un todo, con otros sistemas, organizaciones o individuos y que son de importancia para la familia. Señala las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean.

- Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto.
- Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis
- Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a la familia.
- Determina si la familia en conjunto o alguno de sus componentes están aislados de aquellas fuentes de recreación, de apoyo educativo, económico y social.

⁸¹ Ibíd. pág. 668

⁸² Ibídem pág. 668

Aquellos miembros con relación de parentesco que ya no vivan en la misma casa, tales como hijos o hermanos que se hayan ido, aunque vivan cerca, compartan actividades conjuntas, como la comida o el trabajo, al no cumplir con el criterio de locación no son considerados como parte del grupo doméstico, aunque siguen siendo miembros de la misma familia. Asimismo se considera a los visitantes, invitados y sirvientes que sean residentes semipermanentes como miembros de dicho grupo, ya que dependen de la autoridad del jefe del hogar y de la organización económica del mismo⁸³.

Según Fortes, el grupo doméstico u hogar es una unidad que puede incluir generaciones sucesivas, tanto verticales (abuelos, padres, hijos) como laterales (hermanos, primos, cuñados), unidos por matrimonio, filiación o consanguinidad, y que está organizada para proveer los recursos necesarios para mantener y criar sus miembros. En base a esto, los grupos domésticos pueden estar conformados por familias, tanto nucleares como extensas, compuestas o múltiples.

Así mismo la utilización del genograma (familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedigree familiar o carta genealógica): fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen. Es usado para representar gráficamente en una página, gran cantidad de información referente a las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Esta ampliamente documentada su utilidad como instrumento para la exploración de la familia desde diferentes puntos de vista, por ejemplo:

- Biológico: Patrones repetidos de enfermedad o factores de riesgo.
- Psicológico: Actitudes ante la enfermedad o la vida, tendencias suicidas, depresión.
- Social: Estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar, etc⁸⁴.

Es útil para registrar en él, datos sobre la composición familiar y otros relacionados con la organización y dinámica de la familia, antecedentes hereditarios familiares y problemas potenciales de salud en cada uno de los miembros del grupo. Es un complemento de las notas médicas del expediente o del estudio de salud familiar, y no necesariamente debe contener toda la información del caso, ya que al saturarse puede resultar confuso e impreciso.

Requiere de una simbología específica que pueda consignar, entre otra, la siguiente información:

⁸³ Navarro, A., Gómez. F., et al. (1999) Análisis Comparativo de Seis Recomendaciones Internacionales para el Diseño de Genogramas en Medicina Familiar. Arch Med Fam, 1 (1): 78-83.

⁸⁴ Navarro, A., Gómez. F., et al. Óp. Cité. 79

- Tiempo de unión de la pareja, estado civil y lugar que ocuparon en sus respectivas familias de origen.
- Integrantes de la familia, sexo, edad, ocupación, escolaridad, roles, alianzas, conflictos.
- Presencia de otros familiares en el mismo hogar.
- Nombre del paciente identificado.
- Defunciones.
- Orden de nacimiento de los hijos.
- Condiciones hereditarias, sociales o del medio ambiente que tengan⁸⁵

Constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico de la funcionalidad familiar; muestra además la conformación de este sistema al delimitar claramente a sus subsistemas, unidades y elementos, así como el tipo de relación y vínculos presentes. También sirve para identificar debilidades y fortalezas del grupo, momentos de mayor susceptibilidad, así como áreas de oportunidad.

Según las complicaciones del desarrollo familiar, se puede tipificar a la familia según las siguientes categorías:

- Familia Interrumpida: Ocurre por la separación o divorcio de los padres.
- Familia Contraída: Se da por la muerte de uno de sus miembros. Cuando es uno de los cónyuges quien ha fallecido, el tipo de familia resultante, al igual que el anterior, es una familia seminuclear o monoparental, en el caso de que su composición (padre o madre e hijos) así lo indique.
- Familia Reconstruida (familia reestructurada, reconstituida o binuclear): Está conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos ha tenido una unión previa, con o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos. Por ejemplo, un hombre viudo que se casa con una mujer divorciada con hijos tiene que llevar a cabo un proceso de integración en su nueva familia⁸⁶.

Los problemas en las familias con alguna complicación en su desarrollo surgen por diversos motivos, sobre todo cuando no se logran acuerdos acerca de aspectos instrumentales o predominan sentimientos negativos ante la separación o el divorcio, situaciones que tienen graves implicaciones tanto en lo emocional como en lo económico y que afectan no solo a la pareja sino también, y de manera muy importante a los hijos.

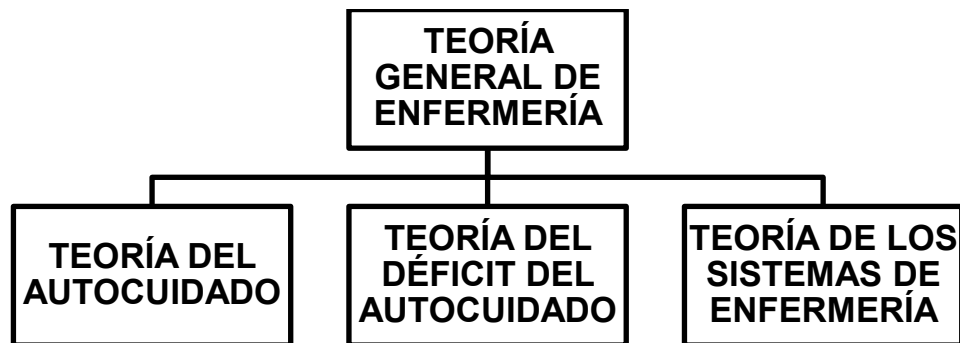
⁸⁵ Ibíd. pág. 79

⁸⁶ Navarro, A., Gómez. F., et al. Óp. Cité. 80

Las dificultades se presentan, asimismo, cuando, ante la pérdida de uno de sus integrantes, la familia no logra adaptarse, más aún si previamente había una dinámica familiar disfuncional. El problema para establecer límites, nueva división de roles y reglas en las familias reconstruidas favorece el desarrollo de síntomas entre sus miembros, sobre todo en los sistemas familiares rígidos y resistentes al cambio⁸⁷.

4.5. Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem parte de una Teoría General de Enfermería a sub-teorías englobando una sola:



La Teoría del Autocuidado, muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos.

La Teoría del Déficit de Autocuidado, postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas, a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente.

La Teoría de los Sistemas de Enfermería proporciona el contexto, dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficits de autocuidado.

⁸⁷ Ibíd. pág. 80

4.5.1. Conceptos de Orem Utilizados en el Desarrollo de la Teoría

1. Persona

- Paciente (receptor del cuidado enfermero) un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse.
- Individuo sujeto a las fuerzas de la naturaleza, con capacidad para auto conocerse, que puede realizar una acción deliberada, interpretar experiencias y llevar a cabo acciones beneficiosas⁸⁸.
- Es un individuo que puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si por alguna razón la persona no puede aprender las medidas de autocuidado, serán otras personas las que proporcionen los cuidados⁸⁹.

2. Entorno

- Consta de factores ambientales, elementos ambientales, condiciones ambientales (alrededores psicosociales y físicos externos) y ambiente de desarrollo, (promoción del desarrollo personal mediante la motivación para establecer metas apropiadas y adaptar la conducta para la satisfacción de estas metas; incluye la formación o el cambio de actitudes y valores, creatividad, auto concepto y desarrollo físico).
- Puede afectar, de forma positiva o negativa a las capacidades de una persona para promover su autocuidado⁹⁰.

3. Salud

- Estado caracterizado por la firmeza o totalidad de la estructura y el funcionamiento corporal; la enfermedad es lo contrario.
- Consta de aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales; por lo tanto estos aspectos son inseparables.
- Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones⁹¹.

4. Enfermería

- Un servicio dirigido a la ayuda de uno mismo y de los otros.

⁸⁸ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 45

⁸⁹ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 45

⁹⁰ Ibíd. pág. 46

⁹¹ Ibídem pág. 47

- Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico necesitada para satisfacer los requisitos de autocuidado, supera a la agencia de autocuidado
- Finalmente proporciona al paciente como agente de autocuidado.
- Tiene varios componentes; arte enfermero, prudencia enfermera, servicio enfermero, teoría del rol y tecnologías especiales.
- Considera el arte enfermero como la base teórica de la enfermería y de otras disciplinas, como las ciencias, las artes y las humanidades.
- Describe la prudencia de enfermera como la cualidad, que permite a la enfermera buscar consejos en situaciones nuevas o difíciles, para realizar juicios correctos, decidir actuar de un modo en particular y para actuar.
- Contempla el servicio enfermero como un servicio de ayuda; Orem describe la capacidad de la enfermera como la Agencia de Enfermería.
- Define la teoría del rol como las conductas esperadas de la enfermera y del paciente en una situación específica; los roles de la enfermera y del paciente son complementarios, trabajando juntos para alcanzar el autocuidado.
- Utiliza tecnologías especiales, entre ellas tecnologías sociales e interpersonales (comunicación, coordinación de relaciones entre grupos, establecimiento y mantenimiento de las relaciones terapéuticas, y prestación de asistencia) y tecnológicas reguladoras (mantenimiento y promoción de los procesos de vida, regulación de las formas psicológicas de funcionamiento y promoción del crecimiento y el desarrollo).
- Utiliza uno o más de los sistemas de enfermería (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo) designado por una enfermera en razón de las necesidades y las capacidades de autocuidado del paciente.⁹²

4.5.2. Teoría del Autocuidado

La conforman los siguientes conceptos.

- Auto: El individuo en su totalidad, incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales.
- Cuidado: Todas las actividades que realiza un individuo para conservar su vida y desarrollarse de manera normal.
- Autocuidado: Abarca las actividades llevadas a cabo de forma independiente por un individuo para promocionar y mantener el bienestar personal durante toda su vida.

⁹² Cavanagh. J., Óp. cite. P. 48

- Agencia de Autocuidado: Es la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades de autocuidado. Consta de dos Agentes, el Agente de Autocuidado, que es la persona que proporciona el autocuidado y el Agente de Cuidado dependiente; persona que proporciona cuidados a otros, como un padre que cuida a un hijo⁹³.
- Factores Condicionantes Básicos: Se refieren a las características de todo individuo que incluye propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos; afectan la capacidad de autocuidado del individuo o al tipo y cantidad de autocuidado requerido, son:
 1. Edad
 2. Sexo
 3. Estado de desarrollo
 4. Estado de salud
 5. Orientación sociocultural
 6. Factores del sistema familiar (diagnóstico y tratamiento)
 7. Factores del sistema familiar (composición/rol/relación)
 8. Patrón de vida, actividades en las que se ocupa regularmente
 9. Factores ambientales
 10. Disponibilidad y adecuación de los recursos⁹⁴

4.5.2.1. Agencia de Autocuidado y Agencia de Cuidado Dependiente

Orem usa la palabra Agente para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

La Agencia de Autocuidado es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos, y promueven el bienestar⁹⁵.

La Agencia de Autocuidado de los individuos, varía dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad. Varía con el estado de salud, con factores influidos por la educación y con las experiencias vitales en la medida en que

⁹³ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 131

⁹⁴ Ibíd. pág. 153

⁹⁵ Ibídem pág. 166

permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria⁹⁶.

Cuando los individuos realizan su propio cuidado, se les considera Agentes de Autocuidado.

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería y se denomina agencia de cuidado dependiente. Es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente.

Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros, para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente⁹⁷.

La Agencia de Enfermería se usa en las situaciones en que la enfermera proporciona los cuidados⁹⁸.

4.5.2.2. Requisitos de Autocuidado

Son las acciones o medidas utilizadas para proporcionar autocuidado; también se les denomina necesidades de autocuidado.

Consta de tres categorías:

- A. Universales: Representan las acciones humanas que se producen, a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y el funcionamiento humano. (requisitos comunes en todos los individuos, como el mantenimiento de aire, el agua, la ingestión de alimentos y la eliminación; actividad equilibrada, descanso, aislamiento e interacción social; y la prevención de accidentes y promoción de la normalidad)⁹⁹

- B. Del desarrollo: Requisitos de Autocuidado Universales Específicos consecuencia de la maduración o de nuevos requisitos, desarrollados como resultado de una

⁹⁶ Ibídem pág. 166

⁹⁷ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 196

⁹⁸ Ibíd. pág. 295

⁹⁹ Ibídem 140

situación o de un suceso, tales como la adaptación de la pérdida de la esposa o a cambios de la imagen corporal. Se clasifican en dos grupos¹⁰⁰:

1. Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos.

- Vida intrauterina
- Vida neonatal/parto a término/prematuro
- Lactancia
- Infancia, adolescencia y adulto joven
- Adulto
- Embarazo¹⁰¹

2. Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales

- Privación educacional
- Problemas de adaptación social
- Pérdida de familiares, amigos o colaboradores
- Pérdida del trabajo
- Cambio súbito en las condiciones de vida
- Cambio de posición social o económica
- Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal
- Muerte
- Peligros ambientales¹⁰².

C. De Desviación de la Salud: Requisitos que son el resultado de una enfermedad lesión o alteración de su tratamiento; incluye acciones como la búsqueda de asistencia médica, la realización del tratamiento prescrito, y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad o el tratamiento¹⁰³.

4.5.3. Teoría del Déficit de Autocuidado

El Déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen. Los Déficit de Autocuidado son, una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les

¹⁰⁰ Ibidem 146

¹⁰¹ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 147

¹⁰² Ibíd. pág. 147

¹⁰³ Ibidem pág. 147

hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos¹⁰⁴.

El Déficit de Autocuidado se refiere a la relación entre la Agencia de Autocuidado y las demandas de Autocuidado Terapéutico de los individuos, en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico¹⁰⁵.

Los Déficit de Autocuidado, se identifican como completos cuando no hay capacidad para satisfacer la demanda de cuidado terapéutico; o parciales que pueden ser extensos o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda de cuidado terapéutico.

La Demanda de Autocuidado Terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos. Puede verse como el resumen de la relación entre los requisitos de autocuidado, que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en un futuro) y lo que debería hacerse para satisfacerlos. Es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia de que existe un déficit de autocuidado:

- Falta de ocupación continuada en el autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
- Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
- Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la de conducta.
- Limitaciones para el juicio y toma de decisiones sobre el autocuidado, asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas o externas.

¹⁰⁴ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 194

¹⁰⁵ Ibid pag. 194

- Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos requisitos de autocuidado de desviación de la salud y al ajuste de uno o más requisitos de autocuidado universal.
- Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia¹⁰⁶.

4.5.4. Teoría de los Sistemas de Enfermería

Una vez que la y/o el enfermero ha establecido que existe la situación de enfermería, es extremadamente importante la forma en que organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente. La manera y el contexto en los que el personal de enfermería y el paciente interactúan, es denominado sistema de enfermería¹⁰⁷.

Orem considera que existen tres tipos de Sistemas de Enfermería:

1. Totalmente Compensatorio: Es el tipo de sistema requerido, cuando la o el enfermero realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y el personal de enfermería debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.¹⁰⁸

2. Parcialmente Compensatorio: Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería, que el sistema totalmente compensatorio. El personal de enfermería debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción¹⁰⁹.

3. De Apoyo/Educación: Este sistema es apropiado, para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos. El papel de enfermería se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Puede requerir que enseñe al

¹⁰⁶ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 194

¹⁰⁷ Ibíd. pág. 316

¹⁰⁸ Ibíd. pág. 321

¹⁰⁹ Ibíd. pág. 324

paciente o modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias¹¹⁰.

Apoyo Educativo	Parcialmente Compensatorio	Totalmente Compensatorio
Realiza el cuidado terapéutico del paciente. Compensa la incapacidad del paciente para realizar su autocuidado.	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente. Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.	Realiza el autocuidado la enfermera o la persona encargada.
Apoya y protege al paciente	Ayuda al paciente en lo que necesite.	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.

111

4.6. Proceso de Atención de Enfermería.

La aplicación del Método Científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática¹¹².

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí:

1. Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería, que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
2. Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.
3. Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
4. Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
5. Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos¹¹³

¹¹⁰ Cavanagh. J., Óp. cite. P. 325

¹¹¹ Vega. O., González. Op. cite. P. 33

¹¹² Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., (2004), Compilación Método Enfermero, ESEO,IPN. 1-33

4.6.1. Ventajas

La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Para el Paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

Para la Enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional¹¹⁴.

4.6.2 Etapa de Valoración

Es la primera fase del Proceso de Enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia¹¹⁵.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.

¹¹³ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Op. cite. P. 1

¹¹⁴ *Ibíd.* pág. 2-3

¹¹⁵ *Ibíd.* pág. 4

- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud¹¹⁶.

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde deberemos de buscar:

1. Datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente.
2. Factores Contribuyentes en los problemas de salud.

4.6.2.1. Tipos de Datos a Recoger

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Los tipos de Datos son:

- Datos Subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (sentimientos).
- Datos Objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos Históricos-Antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.)nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (hospitalizaciones previas).
- Datos Actuales: Son datos sobre el problema de salud actual¹¹⁷.

4.6.2.2. Métodos Para Obtener Datos

4.6.2.2.1. Entrevista

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos.

¹¹⁶ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Op. cite. P. 4

¹¹⁷ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Op. cite. P. 6

Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados¹¹⁸.

La Entrevista consta de tres partes:

1. **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
2. **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
3. **Cierre:** Es la fase final de la entrevista, no se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación¹¹⁹.

4.6.2.2.2. La Observación

Es el segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa Y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables. La observación es una habilidad que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.¹²⁰

4.6.2.3. La Exploración Física

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

¹¹⁸ *Ibíd.* pág. 6

¹¹⁹ *Ibídem* pág. 7

¹²⁰ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Op. cite. P. 9

1. La Exploración Física, se centra en determinar la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista, en donde la enfermera utiliza cuatro técnicas específicas:
2. Inspección: Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
3. Palpación: Consiste en la utilización del tacto, para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración
4. Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos; Mates, aparecen sobre el hígado y el bazo; Hipersonoros, aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos que se encuentran al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
5. Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar¹²¹.

Una vez descritas las técnicas de exploración física, se abordan las diferentes formas de realizar el examen físico, que comienza desde la cabeza y termina en los pies; dividiéndose por sistemas/aparatos corporales y por patrones funcionales de salud:

- Desde la Cabeza a los Pies: Este enfoque comienza por la cabeza y termina de forma sistemática y simétrica hacia abajo, a lo largo del cuerpo hasta llegar a los pies.

¹²¹ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Óp. cite. P. 9-10

- Por Sistemas Corporales o Aparatos: Ayudan a especificar que sistemas precisan más atención.
- Por Patrones Funcionales de Salud: Permiten la recogida ordenada de datos para centrarnos en áreas funcionales concretas¹²².

La obtención de estos datos fundamentan los Diagnósticos de Enfermería, que nos ayudan en la tarea de detectar los problemas de las necesidades humanas, esto es, nos confirmarán la carencia de las necesidades básicas, implican la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado; y la naturaleza de la relación entre ambas. El Diagnóstico de Enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede equipararse con la etapa de valoración del formato más familiar del proceso de enfermería.

El Diagnóstico de Enfermería implica abordar dos puntos:

1. Determinar las demandas de autocuidado presentes y futuras del individuo: El cálculo de la demanda de autocuidado de una persona, sigue al proceso lógico de examinar el estado del paciente a la luz de los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud.
2. Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo: Es necesario determinar si el paciente puede realizar su propio autocuidado, no sólo en términos de la práctica actual, sino también en el futuro¹²³.

4.6.3. Etapa de Diagnóstico

En esta fase se expone el proceso mediante el cual, estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento.

Las fases para la realización de un diagnóstico son las siguientes:

1. Identificación de problemas
2. Formulación de problemas que puede ser por medio de la taxonomía de la NANDA¹²⁴.

¹²² *Ibíd.* pág. 10

¹²³ *Ibíd.* pág. 14

¹²⁴ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Óp. cite. P. 13

4.6.3.1. Tipos de Diagnóstico

1. Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES:

- Problema (P) +
- Factores causales o contribuyentes (E)+
- Signos/Síntomas (S)

A la hora de redactar un diagnóstico hay que tener en cuenta estos puntos; unir la P (problema) con la segunda E (etiología) utilizando:

- Relacionado con, debido a, o mejor que.
- La E se une con la S (signos y síntomas) con Manifestado por¹²⁵.

2. Alto Riesgo: Es un juicio clínico en que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

- Problema (P) + Etiología (E)
- La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería, no mencionar signos y síntomas.

4.6.4. Etapa de Planeación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados¹²⁶.

1. Establecer prioridades de los cuidados
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.
3. Elaborar y determinar los objetivos de enfermería. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que se han de llevar a la práctica:
 - Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

¹²⁵ Ibíd. pág. 17

¹²⁶ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Óp. cite. P. 18

- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos
- Cada objetivo se deriva de sólo un Diagnóstico de Enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo¹²⁷.

4.6.5 Etapa de Ejecución

Es en esta etapa cuando realmente se lleva a la práctica el plan de cuidados elaborado e implica las siguientes actividades:

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.

Se realizarán todas las intervenciones enfermeras, dirigidas a la resolución de problemas, se debe de incluir al paciente, a la familia y a otros miembros del equipo multidisciplinario, también han de tenerse presente los recursos materiales. Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas, que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados y se clasifican en:

- Dependientes: Son actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas.
- Interdependientes: Son actividades que la enfermera lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud.
- Interdependientes: Son actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender¹²⁸.

4.6.6. Etapa de Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, se emite un juicio comparándolo con uno o varios criterios. Consta de tres partes:

1. Recogida de datos que se quieren evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente.
3. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados:

¹²⁷ *Ibíd.* pág. 18

¹²⁸ Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., Óp. cite. P. 30

- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
- Señales y síntomas específicos.
- Conocimientos.
- Capacidad psicomotora.
- Estado emocional.

Así mismo, esta etapa sirve para establecer conclusiones:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado y/o plantar otras actividades.
- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y se realiza una revisión del problema.
- La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final¹²⁹.

4.7. Programas Integrados de Salud

Los Programas Integrados de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (PREVENIMSS) son un esfuerzo institucional en materia de prevención y una estrategia de prestación de servicios, que tiene como propósito la provisión sistemática y ordenada de acciones claramente definidas y relacionadas con: a) promoción de la salud; b) vigilancia de la nutrición; c) prevención d) detección y control de enfermedades y e) salud reproductiva. Dicha estrategia abarca los 39 programas específicos de Salud Pública y reproductiva, todos ellos justificados, pero que hacían difícil la tarea de los equipos de trabajo, sobre todo en las unidades de Medicina Familiar. Entre las principales razones la adopción de la estrategia de Programas Integrados, están las siguientes¹³⁰:

- a) Cambiar el enfoque de los programas orientados hacia la prevención de enfermedades y riesgos específicos, por el de protección de la salud de grupos poblacionales bien definidos, mediante acciones simultáneas y coordinadas a fin de incrementar su impacto de salud pública y reproductiva.
- b) Integrar y coordinar las acciones relacionadas y actualmente fragmentadas en múltiples servicios: consulta externa, medicina preventiva, fomento de la salud,

¹²⁹ *Ibíd.* pág. 31

¹³⁰ Programas Integrados de Salud (2005), Proyecto Estratégico 2001-2003, Rev Enferm IMSS, 13(1), 41-56.

trabajo social, nutrición y dietética, atención materno- infantil, planificación familiar y estomatología preventiva.

- c) Ordenar, simplificar y agilizar la prestación de los servicios en las unidades de medicina familiar.
- d) Avanzar en el propósito de proveer atención integral de salud, como estrategia para proporcionar de forma simultánea y coordinada las acciones preventivas y curativas.
- e) Contribuir a recuperar el propósito original de la práctica de medicina familiar, la atención integral de la salud a la familia.
- f) Mejorar la satisfacción de los derechohabientes promover y estimular su participación corresponsable en el cuidado de su salud.
- g) Facilitar las tareas de los equipos de salud que participan en los procesos de atención y optimizar la utilización de los recursos¹³¹.
- h) Evaluar los avances en cobertura e impacto de los programas integrados de salud.

Para tal fin la Dirección de Prestaciones Médicas de la Institución, estableció cinco Programas Integrados de Salud por grupos etarios, esta conformación obedece a razones de índole biológica, epidemiológica y operativa como sigue:

- Salud del Niño de 0 a 9 (menores de 10 años)
- Salud del Adolescente (10–19 años)
- Salud de la Mujer (20–59 años)
- Salud del Hombre (20–59 años)
- Salud del Adulto Mayor (mayores de 59 años)

Los Programas Integrados de Salud se basan tanto en experiencias nacionales como de otros países, en propuestas de organismos internacionales y nacionales. Las más relevantes son las siguientes:

- 1993 Atención Integrada de la Salud del Niño. Tlaxcala. Héctor Guiscafré. IMSS-SSA.

¹³¹ Programas Integrados de Salud, Op. cite. P. 48

- 1995 Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). OMS-UNICEF.
- 1995 Programa institucional de Atención Integral al Menor de Cinco Años (PAIM). Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS. 1995 Programa de Atención de la Salud del Niño. CONAVA-SSA.
- 1999 Lineamientos para la Atención Médica Integral para Grupos Etéreos. Coordinación de Atención Médica. IMSS.
- 2000 Claeson M & Waldman R. The evolution of child health programmes in developing countries: From targeting diseases to targeting people. Bulletin of the World Health Organization.
- 2001 Programa de Trabajo 2001-2006. Coordinación de Salud Comunitaria. IMSS. 2001 Programa de Trabajo 2001-2006. Dirección de Prestaciones Médicas. IMSS.¹³²

Para alcanzar el propósito ambicioso de los Programas Integrados es indispensable avanzar a la Atención Preventiva Integrada, que consiste en realizar las acciones en una sola consulta, por la misma enfermera y en el mismo consultorio, proporcionando al usuario una Cartilla de Salud, en la cual se registrarán la realización de las acciones pertinentes para cada grupo etario.

En esta forma se reduce el número de consultas necesarias, para cumplir cabalmente con cada programa:

- Niños menores de un año: seis consultas anuales.
- Niños de un año: dos consultas anuales.
- A partir del segundo año de vida: una consulta anual.

Históricamente las enfermeras han sido la base del éxito de muy diversos programas de salud, como el de Vacunación y Atención Materno Infantil. Es por ello, que la Atención Preventiva Integrada debe ser ahora su responsabilidad fundamental en los servicios de Medicina Preventiva y de Atención Materno Infantil¹³³.

Las acciones a cumplir en la consulta, las cuales se desarrollan a continuación y se fundamenta su uso según el caso de Familia desarrollado en este trabajo.

¹³² Ibíd. pág. 54

¹³³ Jines. L., Martínez. A., Medrano M., (2007), Atención Preventiva Integrada; Guía de Actividades de Enfermería; IMSS, 5-33

4.7.1 Salud del Niño de 0 a 9 años.

4.7.1.1. Promoción de la Salud/Capacitación de la Madre¹³⁴

- Estimulación Temprana:

Para que estas enseñanzas tengan el mejor resultado y puedan llamarse estimulación temprana, deben iniciarse durante el embarazo, ya que el desarrollo de los niños comienza desde la gestación; si por algún motivo no se dio en ese momento, se empieza lo más pronto posible, a partir del nacimiento y los primeros cinco años de la vida son determinantes en el desarrollo del niño, porque durante ellos, tiene una enorme capacidad de aprendizaje.

Física o Motora. Estimular el movimiento de todas las partes del cuerpo: Darle objetos de diferentes formas, consistencias (duros o blandos) y texturas (lisos, ásperos) y dejarlo que los manipule libremente, nunca darle objetos peligrosos que puedan lesionarlo. Desde muy pequeño estimular y fortalecer los músculos de las piernas, brazos, tronco, abdomen, cuello y cabeza, mediante masajes.

Retención o Memoria. Estimular todos los sentidos, la vista, el oído, el olfato, el gusto, el tacto y ayudarlo a asociar sus percepciones con personas, objetos, lugares, animales y hechos concretos.

Entendimiento. Esta capacidad al igual que la memoria y la inteligencia, se pueden desarrollar mediante la lectura, la narración de cuentos e historias, las actividades manuales como colorear, cortar, pegar, armar rompecabezas y otros objetos desarmables. Es bueno que a los niños se les establezcan límites claros, pero siempre darles libertad de expresión.

Socialización. El ser humano, no puede vivir aislado, por ello, es importante que el niño aprenda a convivir con el resto de la familia y ya que sea mayor, con sus compañeros de guardería y de escuela; por lo tanto se deberá enseñarle desde pequeño a demostrar sus emociones y a respetar los derechos de los demás. Finalmente el mejor estímulo para el desarrollo del niño, es el trato amoroso y respetuoso.

¹³⁴ Niños PREVEIMSS (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/ninos.aspx>

- **Prevención de Muerte Súbita:**

Durante el primer año de vida, hay un tipo de muerte en el lactante que se presenta en forma inesperada mientras está dormido, a ésta se le llama muerte súbita. Para evitarla, se debe de colocar siempre al niño boca arriba para dormir o descansar, dormirlo sobre un colchón firme, nunca sobre almohadas o almohadones blandos.

- **Prevención de Accidentes y Violencia:**

Entre 1 y 4 años

Los niños en esta etapa de su vida, tienen un mayor contacto con otros ambientes fuera del hogar, como son: escuela, sitios de recreación o esparcimiento y vía pública, lo anterior aunado a la curiosidad propia de esta edad, los expone a riesgos y situaciones de peligro.

La violencia, constituye por desgracia, un problema frecuente en las familias mexicanas, nuestra cultura favorece, que la mujer adopte el papel de víctima con su pareja y traduzca su enojo y frustración en maltrato a los hijos, que a su vez, son también maltratados por el padre.

La violencia familiar es un problema complejo para el que no existen soluciones fáciles, sin embargo, el primer paso siempre será identificar que el problema existe y tener el valor de pedir ayuda para resolverlo.

Las causas de la violencia son múltiples, entre las más frecuentes están: alcoholismo o algún otro tipo de adicción, enfermedad grave, incapacidad o muerte en algún miembro de la familia, problemas económicos. La violencia familiar repercute negativamente en la educación y formación de los hijos.

Nutrición/ Capacitación de la Madre¹³⁵

- **Lactancia Materna:**

La leche materna es el alimento ideal para el recién nacido y debe darse inmediatamente después del nacimiento, cada vez que el niño lo pida, sin importar horario. Esta leche ayuda a prevenir padecimientos como la diarrea e infecciones respiratorias, evita

¹³⁵ Niños PREVEIMSS Óp. Cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/ninos.aspx>

problemas de alergias y el ejercicio que el niño hace con su boca al mamar, favorece el buen desarrollo del paladar.

Es recomendable continuar la lactancia materna hasta los seis meses de edad, esto favorecerá el crecimiento y desarrollo ya que la leche cubre las necesidades nutritivas que el niño tiene en esta etapa; amamantarlo permite estrechar los lazos de afecto entre la madre y su hijo.

- Prevención de Raquitismo:

El raquitismo es una enfermedad relacionada con carencia de calcio y vitamina D, elementos indispensables para la formación y fortaleza de los huesos. Este problema se puede resolver de la manera más sencilla, mediante baños de sol a partir del primer mes de edad durante 15 a 20 minutos, ya que la luz del sol activa la vitamina D que sirve para absorber el calcio y fijarlo en los huesos. El baño de sol debe ser con la menor ropa posible.

- Alimentación Complementaria:

Para favorecer el crecimiento y desarrollo, entre el cuarto y sexto mes de edad, el niño requiere consumir otros alimentos además de la leche materna. Los alimentos que se recomiendan a partir de esta edad son: puré de frutas y de verduras, conforme crece el niño agregar otros alimentos como cereales en forma de papillas, carne de pollo molida o en forma de puré con verduras.

Posteriormente agregar leguminosas como frijol, lentejas o habas, bien cocidas, molidas y coladas en forma de puré. Cuando cumpla nueve a diez meses, proporcionarle huevo cocido o frito, al principio la yema únicamente y después completo conforme lo vaya tolerando el niño.

A los doce meses incluir frutas cítricas como naranja, mandarina o toronja en forma de jugo o en pedacitos pequeños. En esta etapa se debe ir preparando al bebe para que coma de los alimentos que consume la familia y durante los dos primeros años de edad iniciar la formación de hábitos para tener una alimentación saludable; enseñarle a beber en taza, a que ya no use biberón; a lavarse las manos y a cepillarse los dientes; a que avise cuando quiera ir al baño; estimular al niño con afecto y cariño sin necesidad de regaños o castigos.

El niño entre uno y cinco años de edad requiere de cinco comidas al día: desayuno, comida y cena y alimentos entre una comida y otra. De acuerdo con la aceptación y la

tolerancia de cada niño, se aumentarán las cantidades de alimentos que coma, hasta lograr que se integre a la alimentación familiar.

- Registro de Peso y Talla:

Del primero al segundo año de edad, la medición de peso y estatura debe hacerse cada seis meses y a partir de los dos años, se realiza en forma anual. Esta revisión se lleva a cabo de manera sencilla y los datos de peso y estatura se registran en una gráfica, en la Cartilla de Salud y citas médicas de cada niño, para identificar si está creciendo adecuadamente.

NIÑAS						
PESO KG				ESTATURA CM		EDAD
PESO BAJO	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	MÍNIMA	IDEAL	
< 2.8	3.2	>3.7	>4.2	47.3	49.1	Al nacer
< 3.6	4.2	>4.8	>5.5	51.7	53.7	1 mes
< 4.5	5.1	>5.8	>6.6	55.0	57.1	2 meses
< 5.2	5.8	>6.6	>7.5	57.7	59.8	3 meses
< 5.7	6.4	>7.3	>8.2	59.9	62.1	4 meses
< 6.1	6.9	>7.8	>8.8	61.8	64.0	5 meses
< 6.5	7.3	>8.2	>9.3	63.5	65.7	6 meses
< 6.8	7.6	>8.6	>9.8	65.0	67.3	7 meses
< 7.0	7.9	>9.0	>10.2	66.4	68.7	8 meses
< 7.3	8.2	>9.3	>10.5	67.7	70.1	9 meses
< 7.5	8.5	>9.6	>10.9	69.0	71.5	10 meses
< 7.7	8.7	>9.9	>11.2	70.3	72.8	11 meses
< 7.9	8.9	>10.1	>11.5	71.4	74.0	1 año
< 9.1	10.2	>11.6	>13.2	77.8	80.7	1 año 6 meses
< 10.2	11.5	>13.0	>14.8	83.2	86.4	2 años
<11.2	12.7	>14.4	>16.5	87.1	90.7	2 años 6 meses
<12.2	13.9	>15.8	>18.1	91.2	95.1	3 años
<13.1	15.0	>17.2	>19.8	95.0	99.0	3 años 6 meses
<14.0	16.1	>18.5	>21.5	98.4	102.7	4 años
<14.9	17.2	>19.9	>23.2	101.6	106.2	4 años 6 meses
<15.8	18.2	>21.2	>24.9	104.7	109.4	5 años

¹³⁶

¹³⁶ Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño, Recuperado el 20 de junio 2012, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

Los problemas de desnutrición y sobrepeso pueden prevenirse y así evitar que en la edad adulta se incremente el riesgo de padecer: diabetes mellitus, hipertensión y enfermedades del corazón entre otras.

El crecimiento es un aumento continuo del peso y del tamaño, está muy relacionado con su estado nutricional, es decir, un niño que se alimenta bien, tiene un crecimiento adecuado, un niño desnutrido, normalmente es de estatura pequeña bajo peso, o cuando la alimentación se da en exceso y no es equilibrada en cuanto a los nutrientes que necesita el niño de acuerdo con su actividad, se presentará sobrepeso y obesidad, que constituyen otros graves problemas nutricionales en los niños menores de diez años.

NIÑOS						
PESO KG				ESTATURA CM		EDAD
PESO BAJO	PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD	MÍNIMA	IDEAL	
< 2.9	3.3	>3.9	>4.4	48.0	49.9	Al nacer
< 3.9	4.5	>5.1	>5.8	52.8	54.7	1 mes
< 4.9	5.6	>6.3	>7.1	56.4	58.4	2 meses
< 5.7	6.4	>7.2	>8.0	59.4	61.4	3 meses
< 6.2	7.0	>7.8	>8.7	61.8	63.9	4 meses
< 6.7	7.5	>8.4	>9.3	63.8	65.9	5 meses
< 7.1	7.9	>8.8	>9.8	65.5	67.6	6 meses
< 7.4	8.3	>9.2	>10.3	67.0	69.2	7 meses
< 7.7	8.6	>9.6	>10.7	68.4	70.6	8 meses
< 8.0	8.9	>9.9	>11.0	69.7	72.0	9 meses
< 8.2	9.2	>10.2	>11.4	71.0	73.3	10 meses
< 8.4	9.4	>10.5	>11.7	72.2	74.5	11 meses
< 8.6	9.6	>10.8	>12.0	73.4	75.7	1 año
< 9.8	10.9	>12.2	>13.7	79.6	82.3	1 año 6 meses
< 10.8	12.2	>13.6	>15.3	84.8	87.8	2 años
<11.8	13.3	>15.0	>16.9	88.5	91.9	2 años 6 meses
<12.7	14.3	>16.2	>18.3	92.4	96.1	3 años
<13.6	15.3	>17.4	>19.7	95.9	99.9	3 años 6 meses
<14.4	16.3	>18.6	>21.2	99.1	103.3	4 años
<15.2	17.3	>19.8	>22.7	102.3	106.7	4 años 6 meses
<16.0	18.3	>21.0	>24.2	105.3	110.0	5 años

137

- Administración de Vitamina A:

A partir del sexto mes de vida, debe de recibir vitamina A dos veces al año, especialmente si se habita en localidades consideradas de riesgo, por sus condiciones sociales y de salud.

Esta vitamina es necesaria para el crecimiento y desarrollo de los niños, los protege de infecciones respiratorias y además previene una enfermedad llamada "ceguera nocturna".

- Desparasitación Intestinal:

Los parásitos son organismos que viven a expensas de otros seres vivos, ocasionan graves daños a la salud, tales como: anemia, desnutrición, enfermedades del estómago, intestino y colon.

Estos parásitos causan molestias como dolor de estómago, diarrea, sangrado intestinal, todo lo cual impiden el crecimiento y desarrollo de los niños en forma adecuada, se encuentran, generalmente, en la materia fecal humana, que al contaminar el agua, suelo y otros objetos que entran en contacto con alimentos, provoca que se reinicie otro ciclo de contagio entre las personas.

Además, cuando una persona que tiene parásitos no se lava las manos antes de comer, después de ir al baño o para preparar alimentos, perpetúa la transmisión y el contagio a otras personas.

En forma similar a la administración de vitamina A, la desparasitación intestinal se realiza dos veces al año, durante las semanas nacionales de salud, sólo en zonas de riesgo y consiste en que a los niños de dos a nueve años, les den a tomar una dosis pediátrica de albendazol en suspensión, medicamento que le ayudará a eliminar los parásitos intestinales que pueda tener

Prevención y Control de Enfermedades/Información y Capacitación a la Madre/Vacunación¹³⁸

- Evitables por Vacunación:

Las enfermedades prevenibles por vacunación en los niños menores de diez años son: tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tosferina, sarampión, rubéola, parotiditis,

¹³⁸ Niños PREVEIMSS, Óp. Cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/ninos.aspx>

hepatitis A y B e infecciones del pulmón y del cerebro, causadas por una bacteria llamada H. Influenza b.

Las vacunas ayudan a los niños a crear defensas en su organismo para ciertas enfermedades y gracias a ellas, en México, los niños ya no están en riesgo de morir o quedar minusválidos a causa de viruela, poliomielitis, sarampión o tuberculosis meníngea (del cerebro).

El esquema consta:

Tuberculosis

Poliomielitis

Difteria

Tétanos

Tos ferina

Hepatitis B

Haemophilus influenzae b

Sarampión

Rubéola

Parotiditis¹³⁹

- Enfermedades Prevalentes/Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas (EDAS)

La diarrea es una enfermedad infecciosa que padecen frecuentemente la mayoría de los niños, es la cuarta causa de muerte en los menores de un año y la segunda en los que tienen de uno a cuatro años de edad, se manifiesta por un aumento en el número habitual de evacuaciones; el excremento es aguado o líquido y en ocasiones se presenta con moco y sangre, se puede acompañar de vómito, calentura y malestar general. El principal problema cuando el niño tiene diarrea, es la deshidratación, ésta puede poner en peligro la vida del menor, por eso es importante saber quehacer para evitar esta enfermedad y sus complicaciones. Los signos de Alarma son:

Sed intensa, boca y lengua secas.

Come y bebe poco o vomita todo.

Evacúa muchas veces, muy aguado o casi líquido, más de cinco veces al día.

Tiene mucha calentura.

Llora sin lágrimas.

¹³⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de Vacunas, Toxoides, Faboterápicos (sueros) e Inmunoglobulinas en el Humano.

La evacuación tiene sangre.
Se ve triste y decaído.¹⁴⁰

- Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)

Las infecciones agudas de vías respiratorias son padecimientos que afectan muy frecuentemente a los niños y son causados por virus o bacterias. Los microbios entran al organismo a través de la nariz o boca, cuando una persona enferma estornuda o tose frente al niño, sin cubrirse la boca, o bien, por comer o beber alimentos o líquidos contaminados con la saliva de un enfermo.

Las infecciones respiratorias en los niños presentan las siguientes manifestaciones: nariz tapada con moco, dolor y salida de líquidos del oído, garganta roja o con puntos blancos y tos.¹⁴¹

Detección de Enfermedades/Información a la Madre/Muestra para Tamiz Neonatal¹⁴²

- Hipotiroidismo Congénito:

El retraso mental por hipotiroidismo congénito, se presenta cuando la glándula tiroidea funciona mal y existe alteración en la producción o función de las hormonas tiroideas, las cuales regulan el crecimiento y desarrollo de los seres humanos. La detección de hipotiroidismo congénito, para ser oportuna, debe realizarse en el momento del nacimiento o durante la primera semana de vida del bebé por medio del Tamiz neonatal.

Si resulta positiva la detección, es muy importante hacer las pruebas que confirmen el diagnóstico, e iniciar el tratamiento antes de que el niño cumpla su primer mes de edad, sólo así se podrá evitar el retraso mental por hipotiroidismo congénito.

- Luxación Congénita de Cadera:

Este problema se presenta cuando los huesos de la cadera no se desarrollan bien durante la gestación y es más frecuente en los niños.

¹⁴⁰ NOM-031-SSA2-1999, Op. Cite, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

¹⁴¹ NOM-031-SSA2-1999, Op. Cite, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

¹⁴² Niños PREVEIMSS (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/ninos.aspx>

- Defectos Visuales:

Después del primer mes de vida, que es cuando el sentido de la vista se desarrolla en el niño, si su visión es normal, le permitirá una relación adecuada con las personas que le rodean, una buena adaptación a los factores y circunstancias de su medio ambiente y ya que inicie su vida escolar, el niño no tendrá problemas de aprendizaje relacionados con defectos visuales. Cuando la visión del niño no es normal, los padres que ponen atención y cuidado al desarrollo de sus hijos, lo identifican de inmediato al observar en el niño cierto retraso en el desarrollo psicomotor y problemas en el aprendizaje.

- Defectos Auditivos:

Los problemas auditivos son muy frecuentes en los niños menores de cinco años y se asocian a infecciones frecuentes del oído, en más raras ocasiones, la sordera total o parcial es relacionada con problemas congénitos del conducto auditivo; acercarse, hablarle, aplaudirle, dar palmadas o cantarle, si él niño escucha, siempre tendrá una reacción.

- Defectos Posturales:

Es muy frecuente que los niños tengan problemas posturales y de marcha, lo que les ocasiona inestabilidad al caminar, caídas y en ocasiones hasta lesiones severas en la columna. Observar al niño parado y de espalda y observar alguna posición inadecuada en los hombros, cadera, rodillas o pies. La mayoría de ellos son corregibles si se detectan a tiempo, a los dos años de edad, al ingreso a preescolar y primaria.

- Salud Bucal:

Los dientes nos ayudan a masticar los alimentos, facilitan el tragarlos o deglutirlos y permiten una mejor digestión. También son necesarios para la pronunciación de las palabras. La caries dental es la principal causa de pérdida de dientes en el niño, por ello la importancia de prevenirlas. La caries dental además, puede causar infecciones a distancia en los riñones y el corazón.

Para evitar la caries, es necesario realizar el cepillado dental desde que aparecen los dientes y se debe efectuar después de cada comida. Los padres son los responsables del cuidado del niño y le tienen que enseñar cómo debe cepillarse los dientes, para lograr que el niño tenga un hábito que beneficiará su salud.

Es importante que a partir de los tres años de edad, se deberá llevar al niño al consultorio dental, para que le enseñen la técnica del cepillado dental y posteriormente cada año para que la detección y remoción de la placa dentobacteriana y se realice una aplicación tópica de flúor. Es difícil eliminar los azúcares de la alimentación del niño, pero es recomendable evitar su uso excesivo y no dar alimentos azucarados entre las comidas.

4.7.2. Salud del Adolescente de 10 a 19 años

4.7.2.1. Promoción de la Salud/Información a la Madre y al Adolescente¹⁴³

Educación para el cuidado de la salud

- Actividad Física:

El ejercicio está considerado como una parte integral la vida, brinda importantes beneficios: mejora el trabajo del corazón, la presión arterial y disminuye el riesgo de tener infartos; reduce los niveles de azúcar y grasa en la sangre y te ayuda a bajar de peso; disminuye la tensión nerviosa, favorece el aprendizaje, aumenta la autoestima y la sensación de bienestar.

- Alimentación:

La nutrición es un proceso a través del cual el organismo aprovecha o utiliza los nutrientes de los alimentos que comes. Una nutrición adecuada es la que proporciona los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del cuerpo, en especial, de los músculos en el hombre y del tejido graso en la mujer, así como para el buen funcionamiento del cuerpo.

La joven experimenta su mayor crecimiento en estatura de los 10 a los 13 años, en tanto que en el joven es de los 12 a los 15 años. Para cubrir las necesidades nutritivas es indispensable que los alimentos que se incluyan en la dieta diaria contengan: proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales, elementos útiles para la formación y buen funcionamiento de las células.

Los nutrimentos que se encuentran en los alimentos, son aprovechados por el organismo para su correcto funcionamiento. Una adecuada alimentación debe incluir:

¹⁴³ Adolescentes PREVENIMSS, (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de Noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/adolescentes.aspx>

Proteínas. Ayudan a formar y reponer los músculos, la piel, la sangre, el cabello, los huesos; además, son importantes para combatir las infecciones, se obtienen de la carne, leche, queso, pescado, frijol, lentejas y habas.

Azúcares. Dan energía para tener fuerza, desarrollar las actividades diarias: correr, jugar, trabajar y estudiar. Los encontramos en los cereales como: maíz, trigo, arroz, avena, cebada y en otros alimentos como papa, camote, miel, cajeta, etcétera.

Grasas. Proporcionan energía y sirven para regular la temperatura del cuerpo, protegen al riñón y corazón, dan forma al cuerpo humano, llevan las vitaminas a su destino. Están presentes en crema, mantequilla, tocino, y en aceites de origen vegetal como el de maíz, olivo, girasol y cártamo, entre otros.

Vitaminas y Minerales. El organismo las requiere en pequeñas cantidades y ayudan a:

Vitamina A. Mejorar la resistencia del cuerpo contra las infecciones, proteger la vista y evitar la ceguera nocturna. Esta vitamina está contenida en verduras y frutas como: zanahoria, espinacas, acelgas, brócoli, papaya, zapote, chabacano, melón, así como en la leche, queso, hígado y yema de huevo.

Vitamina C. Evitar enfermedades respiratorias, favorecer la cicatrización de heridas y evitar el sangrado de encías, se encuentra en frutas y verduras como: guayaba, fresa, piña, naranja, toronja, mandarina, lima, jitomate, pimiento morrón, chile, brócoli y espinacas.

Vitamina E. Proteger al organismo de diversos tóxicos del medio ambiente, como plomo, mercurio y ozono; está presente en aceite de origen vegetal, como el de maíz, en cereales integrales y en pescados; cuando el consumo es por automedicación puede producir efectos tóxicos y presentar molestias como: dolor de cabeza, fatiga, náuseas, visión borrosa y problemas digestivos.

Ácido fólico. La formación de la sangre, durante el embarazo es necesaria para evitar la anemia y prevenir malformaciones del sistema nervioso central en el bebé. Los alimentos que lo contienen son: hígado, huevo, carne, acelgas, quelites, brócoli, trigo integral, nueces y avellanas.

Hierro. Llevar el oxígeno a través de la sangre a todo el cuerpo; mejorar el rendimiento y el aprendizaje; lo obtenemos del frijol, lentejas, garbanzo, hígado, yema de huevo, nopal, chiles secos, espinacas, berros, betabel y alfalfa.

Calcio. La formación y crecimiento de los huesos, es valioso para las funciones musculares normales y la coagulación de la sangre. Está presente en la leche, tortillas, sardina, charales, quesos, berros, semillas de girasol, nueces y almendras.

- Violencia Familiar:

La violencia familiar es un problema complejo para el que no existen soluciones fáciles, sin embargo, el primer paso siempre será identificar que el problema existe y tener el valor de pedir ayuda para resolverlo. Las causas de violencia a las que están expuestos los adolescentes son múltiples, entre las más frecuentes están: desintegración familiar, malas compañías, influencias de los medios de comunicación, alcoholismo o algún otro tipo de adicción, problemas económicos, incapacidad o muerte de algún familiar.

- Salud Bucal:

La salud bucal es parte importante del bienestar general. La caries y la enfermedad de las encías causan infecciones en la boca y pueden ser origen de amigdalitis, enfermedades del corazón, mala digestión y desnutrición. La caries se ve como puntos negros en los dientes y la enfermedad de las encías se manifiesta con sangrado cuando se cepillan los dientes. La caries es causada por el excesivo consumo de refrescos azucarados. La inflamación de las encías es el siguiente paso, al no lavar los dientes los restos de alimentos se pegan, endurecen y convierten en sarro. El sarro inflama la encía y destruye el hueso que sostiene los dientes.

- Adicciones:

Las adicciones son un problema en todo el mundo. En México su frecuencia está aumentado en los jóvenes y con esto los accidentes, violencia y desintegración familiar.

La adicción se considera una enfermedad que se manifiesta por una necesidad continua y de difícil control en el consumo de drogas o sustancias adictivas. Los adolescentes que consumen drogas empiezan por curiosidad o para quedar bien con los amigos, piensan que sus efectos y consecuencias no son dañinos, además creen que las pueden dejar cuando ellos quieran.

- Salud Sexual:

Al inicio de la adolescencia se presenta la pubertad, durante la cual se dan cambios hormonales que modifican, en forma muy importante las características físicas, biológicas y psicológicas. El cambio más importante a nivel biológico es la capacidad reproductiva,

pues se inicia con la menstruación y la ovulación en la mujer y la espermatogénesis en el hombre.

Producto de esta maduración biológica son los cambios físicos, tales como:

En la mujer, se desarrollan las glándulas mamarias, cambia la distribución de los músculos y grasa, se comienzan a adquirir las formas femeninas: cadera ancha y definición de cintura; aparece el vello en axilas y en pubis; la voz comienza a cambiar a un tono agudo y suave.

En el hombre se desarrollan grandes grupos musculares, en tórax, brazos y piernas; aparece el vello en axilas y pubis y la voz se torna grave. Entre los cambios psicológicos destacan:

La búsqueda de identidad, el sentido de pertenencia, sobre todo a grupos afines, con objeto de ampliar las redes sociales. También se presentan cambios constantes del humor y del estado de ánimo, evolución en la expresión de la sexualidad, desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.

En esta etapa se debe fortalecer la capacidad de amar, a los padres, hermanos, amigos o pareja. El amor dará más significado y trascendencia a la vida.

- Incorporación a grupos de ayuda:

Adicciones que consumen alcohol o tabaco

Violencia familiar

Nutrición/Registro de Peso y Talla/Información a la Madre y el Adolescente¹⁴⁴.

- Detección de Sobrepeso y Obesidad con Registro anual de Peso y Talla:

La vigilancia del estado de nutrición se realiza a través de la edición anual del peso y estatura; esto permite la identificación y control oportunos de sobrepeso y obesidad, con lo que disminuyen los riesgos y daños a la salud. De acuerdo con los datos obtenidos, informar si se encuentran dentro de los rangos normales, recomendar continuar con la misma alimentación y realizar ejercicio físico programado y sistematizado. Con frecuencia durante la adolescencia se inicia el sobrepeso y la obesidad, padecimientos de muy serias

¹⁴⁴Adolescentes PREVENIMSS, Óp. Cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/adolesc>

consecuencias en la salud y no sólo en la apariencia física. La obesidad es particularmente grave si se presenta en esta edad, porque después es más difícil adelgazar.

EDAD	COLUMNA A VALORES PARA SOBREPESO		COLUMNA B VALORES PARA OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
10	19.84 a 23.99	19.86 a 24.10	24.00 o más	24.11 o mas
11	20.55 a 25.09	20.74 a 25.41	25.10 o mas	25.42 o mas
12	21.22 a 26.01	21.68 a 26.66	26.02 o mas	26.67 o mas
13	21.91 a 26.83	22.58 a 27.75	26.84 o mas	27.76 o mas
14	22.62 a 27.62	23.34 a 28.56	27.63 o mas	28.57 o mas
15	23.29 a 28.29	23.94 a 29.10	28.30 o mas	29.11 o mas
16	23.90 a 28.87	24.37 a 29.42	28.88 o mas	29.43 o mas
17	24.46 a 28.40	24.70 a 29.68	29.41 o mas	29.69 o mas
18	25.00 a 29.99	25.00 a 29.99	30.0 o mas	30.00 o mas
19	25.00 a 29.99	25.00 a 29.99	30.0 o mas	30.00 o mas

145

- Desparasitación Intestinal:

La presencia de parásitos, organismos que viven a expensas de otros seres vivos, ocasiona graves daños a la salud, tales como: anemia, desnutrición, enfermedades del estómago, intestino y colon. Estos parásitos causan molestias como dolor de estómago, diarreas y sangrados de vías digestivas, así como, debilidad por mucho tiempo e impiden el crecimiento y desarrollo en forma adecuada. Los parásitos intestinales más comunes que provocan enfermedades al ser humano son: los áscaris conocidos como lombrices o gusanos redondos; las amibas y la tenia o solitaria, entre otros, se encuentran generalmente, en la materia fecal humana, que al contaminar el agua, suelo y otros objetos que entran en contacto con alimentos, provoca que se reinicie otro ciclo de contagio entre las personas.

Además, cuando una persona que tiene parásitos no se lava las manos antes de comer, después de ir al baño o para preparar alimentos, perpetúa la transmisión y el contagio a otras personas.

- Incorporación a Grupos de Ayuda

Sobrepeso/obesidad sobrepeso

¹⁴⁵Gobierno Federal, Cartilla de Salud (2012), Adolescentes de 10 a 19 años, Cartilla Nacional de Vacunación, Recuperado 25 de junio 2012, http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/cartilla_adolescentes.pdf

Prevención y Control de Enfermedades/Información/Vacunación¹⁴⁶

Evitables por Vacunación:

Tétanos
Difteria
Hepatitis B correspondientes
Sarampión
Rubéola

Es la forma para prevenir enfermedades como sarampión, rubéola, tétanos y hepatitis de tipo B y conservar la salud, asistir durante las Semanas Nacionales de Salud, para la aplicación de estas vacunas.

- Promoción de Métodos Anticonceptivos:¹⁴⁷

El sólo uso del condón no garantiza la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, es conveniente que se participe de manera corresponsable en:

1. Educación para la salud dirigida a evitar o disminuir los riesgos de contagio.

El uso del preservativo en las relaciones sexuales de riesgo.

Evitar prácticas sexuales de riesgo como el sexo oral y anal.

Tener relaciones sexuales sólo con la pareja.

Infecciones de transmisión sexual y salud reproductiva

- Infecciones de Transmisión Sexual:

Son un conjunto de enfermedades transmisibles que se presentan en forma frecuente y afectan a personas de cualquier edad y sexo. Las enfermedades que se observan con más frecuencia entre los jóvenes son: VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.

Estas enfermedades pueden ser causadas por agentes infecciosos como: bacterias, virus, protozoarios y hongos, se transmiten de forma directa de persona a persona. Las condiciones que favorecen su aparición son: contacto sexual con personas infectadas sin usar medidas de protección adecuadas, recibir transfusiones con sangre no segura o no certificada y uso de agujas contaminadas de personas con alguna de las enfermedades anteriores

¹⁴⁶ NOM-036-SSA2-2012, Op. cite P. 5

¹⁴⁷ Adolescentes PREVENIMSS, Óp. Cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/adolesc>

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), anteriormente conocidas como "enfermedades venéreas", son causa de enfermedades agudas como: la gonorrea, blenorragia, moniliasis vaginal, linfogranuloma venéreo, etcétera, o bien de enfermedades crónicas como: la sífilis y herpes genital. También están la hepatitis B, hepatitis C y el SIDA, cuyas manifestaciones o síntomas aparecen años después de haber contraído la enfermedad. La infección por VIH/SIDA, más que un problema de Salud Pública se ha convertido en un grave obstáculo para el desarrollo de las comunidades debido a sus múltiples repercusiones psicológicas, sociales, económicas y políticas

Existen métodos anticonceptivos como preservativos o condones, pastillas e inyecciones, dispositivos, métodos quirúrgicos, los cuales son para prevenir embarazos. El uso de ellos debe ser con responsabilidad y recordar que no existe un método 100% seguro.

El condón es un método anticonceptivo que además disminuye la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual, como son: el VIH/SIDA, gonorrea, sífilis, herpes genital, virus del papiloma humano, entre otros.

Detección de enfermedades/Información/Tamizajes¹⁴⁸

- Salud Reproductiva:

Si la adolescente es sexualmente activa deberá de tomarse la muestra correspondiente para la Detección de Cáncer Cervicouterino (Papanicolaou) y si es de edad 13 años se deberá de capacitar para la realización de Autoexamen Mamario.

Así mismo se deberá informar sobre los embarazos de alto riesgo reproductivo que es la probabilidad que tienen las adolescentes y su producto en etapa de gestación (embarazo), de padecer lesión o muerte en caso de ocurrir un embarazo.

Los adolescentes deben ser conscientes de que la mujer enfrenta un gran riesgo si se embaraza antes de cumplir 20 años, ya que puede ocurrir que el embarazo termine antes de tiempo (parto prematuro), tener hijos de menos de 2.5 Kg que pueden morir durante el primer año de vida y tener más problemas durante el embarazo (presión alta, aborto) y el parto (hemorragia o hijos con defectos al nacimiento).

Es recomendable que toda mujer deje pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro, para recuperarse del desgaste físico que el embarazo le produce; además el recién

¹⁴⁸ Adolescentes PREVENIMSS, Óp. Cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/adolesc>

nacido podrá tener una mejor lactancia materna, los cuidados y atenciones serán por más tiempo y el crecimiento y desarrollo se dará en mejores condiciones.

- Ácido Fólico:

La administración de ácido fólico, tiene el propósito de prevenir que los niños nazcan con deformaciones del sistema nervioso central y de la columna vertebral.

La ingesta diaria de ácido fólico durante los tres primeros meses del embarazo es importante para evitar las malformaciones en el bebé.

- Riesgo Obstétrico:

Es la probabilidad que tiene una embarazada y su hijo de padecer lesión o muerte en presencia de ciertos factores, como son: la edad (menor de 20 años), la estatura, el peso, el estado nutricional, existencia de enfermedades del corazón y del riñón, hemorragias durante el embarazo, entre otros.

- Promoción de Uso de Redes de Apoyo para:

Resolver una situación difícil o una crisis/Compartir experiencias e intereses con otras personas afines.

Realizar proyectos y metas personales.

Obtener recreación y esparcimiento/Ampliar la capacidad de desarrollo humano.

- Identificación de Signos de Alarma:

Vigilancia Prenatal y Puerperal

- Otorgamiento de métodos anticonceptivos

4.7.3. Salud de la Mujer de 20 a 59 años

4.7.3.1. Promoción de la salud/Educación para el Cuidado de la Salud¹⁴⁹

- Actividad Física:

Las mujeres que realizan actividad física, retardan de manera importante la aparición de riesgos y enfermedades e incrementan los beneficios para la salud, por ello es bueno

¹⁴⁹ Mujeres PREVENIMSS, (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de Noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/mujeres.aspx>

insistir en que haga ejercicio de manera regular. Los beneficios que el ejercicio o actividad física le brindan son los siguientes:

Mejora el trabajo del corazón, disminuye la presión arterial y el riesgo de tener infartos. Reduce los niveles de azúcar y grasa en la sangre y le ayuda a bajar de peso. Disminuye la tensión nerviosa, favorece el aprendizaje, aumenta la autoestima y la sensación de bienestar, en general mejora la calidad de vida. Es recomendable realizar actividad física durante 20 a 40 minutos, tres a cuatro veces por semana.

- PreVENCIÓN de Adicciones:

La adicción se considera una enfermedad y se manifiesta en una conducta compulsiva por consumir drogas o sustancias adictivas. Son varias las causas que la provocan, pero destacan entre otras: los problemas con la familia, especialmente los padres o la pareja; carencia o exceso de dinero; malas compañías; falta de empleo; inconformidad con la vida, baja autoestima o tener un familiar o amigo que sean adictos.

En México, las adicciones son un problema muy serio a nivel individual, familiar y social. Las tendencias de los últimos años, nos indican que la conducta adictiva va en aumento con todo lo que conlleva: problemas de salud, accidentes, violencia y desintegración familiar.

- PreVENCIÓN de Accidentes:

Los accidentes son eventos no deseados, que se presentan de forma súbita y que ocasionan un daño, afectan la integridad física, mental y económica de la mujer, trastornan su modo de vida, de organización y sus relaciones familiares y laborales. La mujer está expuesta a los accidentes en el hogar, el trabajo, la vía pública, sitios de recreación y esparcimiento. El mayor riesgo de accidentes se presenta en cocinas, baños y escaleras.

Los accidentes son situaciones de descuido o error humano, que se pueden prevenir si se toman precauciones específicas para cada situación; muchos accidentes están asociados a problemas afectivos, emocionales y económicos, consumo de alcohol, o bien, a falta de capacitación para el manejo de riesgos, uso adecuado de utensilios, equipos y vehículos automotores, entre otros.

- PreVENCIÓN de Violencia Familiar:

La violencia constituye por desgracia, un problema frecuente en las familias mexicanas. Nuestra cultura favorece que la mujer adopte el papel de víctima con su pareja y traduzca

su enojo y frustración en maltrato a los hijos, que a su vez, son también maltratados por el padre.

La violencia familiar es un problema complejo para el que no existen soluciones fáciles, sin embargo, el primer paso siempre será identificar que el problema existe y tener el valor de pedir ayuda para resolverlo. Las causas de la violencia son múltiples, entre las más frecuentes están: alcoholismo o algún otro tipo de adicción, enfermedad grave, incapacidad o muerte de algún familiar, problemas económicos o simplemente tener experiencia generacional de maltrato a la mujer, a los hijos o a cualquier persona que dependa económica o emocionalmente del jefe de la familia.

- Incorporación a Grupos de Ayuda:

Violencia Familiar
Adicciones

Nutrición/Información a la Mujer/Registro de Peso y Talla¹⁵⁰

- Detección y Control de Sobrepeso y Obesidad:

La obesidad se manifiesta por un exceso de grasa y un aumento de peso, tiene entre otras causas: el desequilibrio entre un consumo excesivo de alimentos y poca actividad física, conductas y factores culturales como el creer que ser gorda es estar sana y ser delgada es estar enferma o con menor frecuencia, problemas hormonales. El sobrepeso es el primer paso para desarrollar obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades.

Índice de Masa Corporal (IMC)	Clasificación
<18	Peso bajo/ Necesario valorar signos de desnutrición
18-24.9	Normal
25-26.9	Sobrepeso
>27	Obesidad
27-29.9	Obesidad grado I /Riesgo relativo alto para desarrollar enfermedades cardiovasculares
30-39.9	Obesidad grado II /Riesgo relativo muy alto para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares
>40	Obesidad grado III /Riesgo relativo extremadamente alto para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares

151

¹⁵⁰ Mujeres PREVENIMSS, Óp. cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/mujeres.aspx>

- Alimentación:

Los nutrimentos que se encuentran en los alimentos, son aprovechados por el organismo para su correcto funcionamiento. Una adecuada alimentación previene el sobrepeso y la obesidad, enfermedades muy frecuentes en la mujer y debe incluir:

Proteínas, ayudan a formar y reponer los músculos, la piel, la sangre, el cabello, los huesos, además, son importantes para combatir las infecciones. Las proteínas las obtenemos de la carne, leche, queso, pescado, frijol, lentejas y habas.

Azúcares, dan energía para tener fuerza, desarrollar las actividades diarias: correr, jugar, trabajar y estudiar. Los encontramos en los cereales como: maíz, trigo, arroz, avena, cebada y en otros alimentos como papa, camote, miel, cajeta, azúcar, etcétera.

Grasas, proporcionan energía y sirven para regular la temperatura del cuerpo, protegen al riñón y corazón, dan forma al cuerpo humano, llevan las vitaminas a su destino. Están presentes en crema, mantequilla, tocino y en aceites de origen vegetal como el de maíz, olivo, girasol y cártamo, entre otros.

Vitaminas y minerales, el organismo las requiere en pequeñas cantidades, son importantes porque:

Vitamina A, mejora la resistencia del cuerpo contra las infecciones, protege la vista y evita la ceguera nocturna. Está contenida en verduras y frutas como: zanahoria, espinacas, acelgas, brócoli, papaya, zapote, chabacano, melón, así como en la leche, queso, hígado y yema de huevo.

Vitamina C, ayuda a evitar enfermedades respiratorias, favorece la cicatrización de heridas, evita el sangrado de encías y la encontramos en frutas y verduras como: guayaba, fresa, piña, naranja, toronja, mandarina, lima, jitomate, pimiento morrón, chile, brócoli, espinacas y berros, entre otros.

Vitamina E, protege al organismo de diversos tóxicos que se encuentran en el medio ambiente, como plomo, mercurio y ozono. Esta vitamina la podemos encontrar en aceite de origen vegetal, como el de maíz, en cereales integrales y en pescados; cuando el consumo es por automedicación, puede producir efectos tóxicos y presentar molestias como: dolor de cabeza, fatiga, náuseas, visión borrosa y problemas digestivos.

¹⁵¹ Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2010, Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad

Ácido fólico, ayuda a la formación de la sangre y evita la anemia. Los alimentos que lo contienen son: hígado, huevo, carne, acelgas, quelites, brócoli, trigo integral, nueces y avellanas. Las mujeres embarazadas deben consumir los alimentos que contienen ácido fólico para prevenir los defectos congénitos del sistema nervioso, cadera y columna vertebral, en su futuro bebé.

Hierro, sirve para llevar el oxígeno a todo el cuerpo, ayuda a mejorar el rendimiento y el aprendizaje, lo obtenemos de frijol, lentejas, garbanzo, hígado, yema de huevo, nopal, chiles secos, espinacas, berros, betabel y alfalfa.

Calcio, es un mineral indispensable en la formación y crecimiento de los huesos, es valioso para las funciones musculares normales y la coagulación de la sangre. Está presente en la leche, tortillas, sardina, charales, quesos, berros, semillas de girasol, nueces y almendras entre otros.

Es muy importante que durante este período de edad la mujer cuide su estado nutricional, en virtud de que está en etapa productiva y reproductiva.

- Detección de Anemia:

En las mujeres es frecuente la presencia de anemia debido a:

El embarazo,

Las hemorragias,

Los parásitos y a no consumir alimentos ricos en hierro como hígado, huevo, espinacas, acelgas, brócoli, frijol, lentejas y habas.

- Incorporación a Grupos de Ayuda:

Sobrepeso/obesidad sobrepeso

Prevención y Control de Enfermedades/Información a la Mujer/Vacunación¹⁵²

- Vacunación:

El tétanos es una infección causada por una bacteria que penetra a través de una herida y a veces causa la muerte. Si la mujer no tiene defensas contra esta enfermedad, se la puede transmitir a su hijo durante el embarazo y si la atención del parto no es la correcta, el bacilo del tétanos puede infectar al bebé a través del ombligo y producirle tétanos neonatal, padecimiento grave y frecuentemente mortal.

La difteria es una enfermedad aguda que afecta al sistema respiratorio, principalmente a la garganta y nariz, provoca dificultad para respirar y le puede llevar a la muerte, gracias a la vacunación, cada vez es menos frecuente.

La vacuna Toxoide tetánico y difterico previene estas enfermedades, es intramuscular, el esquema es de dos dosis con intervalo de cuatro a ocho semanas entre una y otra y con refuerzo cada cinco o diez años. En zonas donde ocurran muertes por tétanos, como prevención ante una herida se aplicará una dosis de Td como refuerzo. Para prevenir el tétanos neonatal, en mujeres embarazadas se aplicará una dosis en cada embarazo hasta completar cinco dosis.

- Prevención de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual¹⁵³:

El VIH/SIDA es una enfermedad infecciosa y mortal, causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, VIH, que ataca al sistema de defensa del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier infección. El virus se introduce en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo desde meses hasta años, es en este momento cuando se dice que la persona es seropositiva; es decir, que tiene el virus pero aún no ha desarrollado la enfermedad. Poco a poco los virus atacan a las células de defensa del organismo y lo dejan expuesto a enfermedades e infecciones que pueden causarle la muerte. El SIDA se trasmite de tres formas:

Por contacto sexual no protegido al intercambiar líquidos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales con una persona infectada o seropositiva.

Por vía sanguínea, cuando se realizan transfusiones con sangre infectada o al compartir jeringas, principalmente en adictos a drogas intravenosas.

¹⁵² NOM-036-SSA2-2012, Op. cite, 6

¹⁵³ Mujeres PREVENIMSS, Óp. cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/mujeres.aspx>

Por vía perinatal, de una madre infectada a su hijo, ya sea durante el embarazo, el parto o bien durante la lactancia, por medio de la leche materna.

Todas las personas que se expongan a cualquiera de las formas de transmisión, sin importar sexo, edad, raza, o condición social pueden adquirir esta enfermedad. La única forma de saber si se tiene la infección, es mediante la prueba de detección de anticuerpos contra VIH en muestra de sangre. Si están presentes dichos anticuerpos, se dice que la prueba es positiva y la persona es seropositiva. En estos casos, sólo el médico, con base en los síntomas y mediante un estudio clínico completo, puede emitir un diagnóstico adecuado.

Se puede evitar el contagio por vía sexual no teniendo relaciones sexuales (abstinencia); teniéndolas con una sola pareja que no se encuentre infectada (fidelidad mutua); evitando el intercambio de fluidos corporales mediante prácticas de sexo sin penetración (sexo seguro); o usar una barrera que impida ese intercambio (sexo protegido) como lo es el condón, el cual empleado correctamente y en cada relación sexual, previene el contagio no sólo del SIDA sino también de las otras infecciones transmitidas sexualmente.

El contagio por vía sanguínea se evita utilizando sangre segura en las transfusiones, es decir, que haya sido previamente analizada y esté libre de virus. Actualmente, existen leyes que obligan a los bancos de sangre, laboratorios y hospitales a analizar toda la sangre que se utiliza en las transfusiones, por lo que es necesario que se cumpla esta disposición y que sólo se utilice sangre segura.

Como el virus puede transmitirse también por jeringas y agujas sin esterilizar, que hayan estado en contacto con la sangre de un portador de VIH o de alguien que esté enfermo de SIDA, se recomienda siempre utilizar jeringas y agujas desechables.

Toda mujer que tenga duda de estar infectada, debe consultar a su médico y hacerse la prueba de detección del VIH sobre todo antes de embarazarse.

Las mujeres seropositivas deben recibir asesoría muy completa sobre los riesgos que corren ellas y sus futuros hijos, en caso de embarazarse para que así puedan tomar decisiones conscientes e informadas, existen medicamentos que previenen la infección del bebé durante el embarazo y el parto.

- Salud Bucal:

Las enfermedades más frecuentes de la boca son las caries y la inflamación de las encías, que tienen como principales complicaciones: pérdida de los dientes, mal aliento, mala digestión y en ocasiones hasta infecciones del corazón y de los riñones.

Para mantener el buen estado de la boca, acudir una vez al año al dentista, para que revise, limpie y proteja con flúor la dentadura. Si se han perdido algunos dientes o muelas, es importante reemplazarlos por prótesis dentales, para mejorar la forma de masticar y de hablar, además de la apariencia de la boca. Cepillar los dientes después de cada comida.

Detección de Enfermedades/Información a la Mujer/Realización de Tamizajes¹⁵⁴

- Cáncer de Mama:

El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en la mujer y el 85 % de los casos son identificados por la paciente a través de la autoexploración.

Entre las características comunes en las mujeres con cáncer de mama se mencionan:

Inicio de la menstruación antes de los 12 años de edad

Menopausia después de los 50 años

No haber tenido hijos

Primer embarazo después de los 30 años

Ausencia de lactancia al seno materno

Obesidad antes y posterior a la menopausia

Antecedentes familiares directos, abuela, madre y hermanas con cáncer mamario

Uso de hormonales por tiempo prolongado

Lo más importante en la prevención de este padecimiento, es saber que es curable si se diagnóstica en sus primeras etapas, se indica el tratamiento en forma oportuna y adecuada. Un apoyo fundamental para la identificación temprana es la autoexploración mamaria. Esta revisión debe practicarse a partir de la pubertad y la periodicidad para efectuarla, mínimo una vez al mes, una semana después del periodo menstrual.

¹⁵⁴ Mujeres PREVENIMSS, Óp. cite, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/mujeres.aspx>

- Exploración Clínica de las Mamas:

A partir de los 25 años de edad, acudir cada año a la clínica para que la enfermera o el médico familiar realicen una exploración clínica completa de las mamas; si durante alguna de la autoexploración se identifica una bolita, deformidad, secreción o dolor, puede ser el primer indicio de un problema grave, que se debe estudiar a fondo.

- Cáncer Cérvico Uterino:

Es uno de los principales problemas de salud de la mujer en nuestro país; ocupa el primer lugar como causa de muerte por tumores malignos, si se diagnostica en etapas tempranas puede alcanzar la curación total.

En la etapa inicial se localiza en el cuello de la matriz y cuando la sintomatología aparece, significa que el tumor ya está en etapas avanzadas y puede ocasionar la muerte. Generalmente se descubre por búsqueda intencionada a través de un estudio llamado Papanicolaou, que es el método más eficaz para el diagnóstico temprano.

Antecedentes familiares: madre, abuela, tías o hermanas con cáncer de la matriz.

Haber iniciado vida sexual activa.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual e infecciones del cuello de la matriz por el virus de papiloma humano.

- Tabaquismo:

Dicho cáncer se puede manifestar por: presencia de flujo vaginal amarillento ó sanguinolento y sangrado vaginales fuera de la menstruación, que aumentan con la relación sexual.

El examen de Papanicolaou es sencillo y no presenta complicaciones, se efectúa a toda mujer que haya iniciado vida sexual y después de dos años seguidos con resultado normal puede hacerlo cada tres años.

Para efectuarse el estudio la mujer debe presentarse preferentemente en las siguientes condiciones: no estar menstruando y no haberse aplicado medicamentos vaginales 24 horas antes del estudio.

- Diabetes Mellitus:

La Diabetes Mellitus 2 o azúcar alta en la sangre, es una enfermedad crónica que va en aumento en nuestro país. Es causa de múltiples complicaciones, discapacidad y muerte.

Algunos datos nos pueden hacer pensar en la posibilidad de ser diabéticos: como el que nuestros padres o hermanos sean diabéticos, haber nacido con un peso de cuatro kg. o más, tener sobrepeso u obesidad, llevar una vida sin actividad física, fumar, consumir bebidas alcohólicas y otras drogas, así como tener la presión alta.

Los principales síntomas son: sed intensa, hambre, aumento en el número de ocasiones que va a orinar, fatiga y pérdida de peso.

Esta enfermedad afecta diversos sitios del cuerpo como: cerebro, riñón, ojos y pies, dichas complicaciones pueden prevenirse al participar responsablemente y acudir periódicamente con el médico familiar.

Las mujeres de 30 a 45 años que no tengan sobrepeso o presión arterial alta deberán realizarse la detección de esta enfermedad cada tres años; las de 30 a 45 años que tengan sobrepeso, obesidad o presión arterial alta deberán realizársela cada año, igual que las mujeres mayores de 45 años.

- Hipertensión Arterial:

Comúnmente llamada presión alta, es la enfermedad no transmisible más frecuente del sistema cardiovascular que afecta a millones de personas en todo el mundo, debido a la elevación crónica de la presión sanguínea.

En condiciones normales la presión sanguínea de un adulto tiene dos límites: la máxima o sistólica de 120 a 139 milímetros de mercurio y la mínima o diastólica de 80 a 89.

Los síntomas más frecuentes de la presión alta son: dolor de cabeza, zumbido de oídos, mareos, depresión, angustia, palpitaciones y sudoración. Las principales complicaciones de tener la presión alta sin control son daños a los ojos, corazón, riñones y hemorragias o embolias cerebrales.

Entre las características comunes identificadas en personas hipertensas, sólo el tener familiares directos con dicho padecimiento y la diabetes mellitus son factores no modificables, el resto: sedentarismo o baja actividad física, colesterol mayor de 200 mg., sobrepeso, obesidad, consumo de alcohol, tabaquismo, alimentación inadecuada con consumo excesivo de sal y estrés, pueden cambiarse a través de hábitos y costumbres saludables.

A partir de los 30 años es recomendable realizarse la detección de hipertensión arterial.

Acudir cada año al servicio de medicina preventiva o con el médico familiar. Se requiere por lo menos de dos mediciones de la presión arterial en donde ésta se encuentre elevada por arriba de las cifras normales, en dos diferentes ocasiones, para que se diagnostique esta enfermedad.

Parámetros a medir	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en Ayunas	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200	200-239	240

155

Salud Reproductiva/Información a la Mujer

- Sexualidad:

La sexualidad es muy importante en la vida de la mujer, incluye el conocimiento e identificación de sí misma como integrante del género femenino; la manera de relacionarse con la pareja; las necesidades de amor y afecto, además del proceso de reproducción y maternidad.

Para la mayoría de las mujeres, la sexualidad continúa siendo un tema prohibido, del que no se puede hablar libremente; por ello, cuando establecen una relación de pareja, el desconocimiento acerca del propio cuerpo, funciones, sensaciones, emociones, necesidades y derechos, las lleva a adoptar un papel pasivo y de sometimiento en el que las experiencias sexuales negativas pueden afectar en forma muy importante el desarrollo como seres humanos.

Debemos hablar de sexualidad con la seriedad, respeto y honestidad que requiere para que usted conozca las características biológicas y sociales que la identifican como mujer y aprenda acerca de la menstruación, la masturbación, la función reproductiva, la relación de pareja, la satisfacción sexual, la responsabilidad y riesgos de las relaciones sexuales, la manera de prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, así como aspectos relacionados con el climaterio y la menopausia.

¹⁵⁵ Norma Oficial Mexicana, NOM. 015 -SSA2-1994 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, Recuperado septiembre 2011, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

Los conocimientos sobre la sexualidad y el desarrollo responsable de la misma tienen que ver con un compromiso personal, ya que se tiene el derecho y la responsabilidad de definir la vida sexual, es decir, se puede decidir cuándo, cómo, por qué, y sobre todo, con quién tener relaciones sexuales.

- Valoración del Riesgo Reproductivo:

El tener hijos es responsabilidad del hombre y de la mujer, por lo que es importante que ambos tomen la decisión de que la mujer se embarace. Se debe entender el compromiso que significa tener hijos y prepararse para esta etapa de la vida en familia.

El hombre y la mujer deben estar conscientes de que ella enfrenta un gran riesgo si se embaraza en los extremos de la vida reproductiva, antes de cumplir 20 años o después de los 35, ya que puede ocurrir que el embarazo termine antes de tiempo (parto prematuro), tener hijos de menos de 2.5 Kg que pueden morir durante el primer año de vida y tener más problemas durante el embarazo (presión alta, aborto) y el parto (hemorragia o hijos con defectos al nacimiento).

Es recomendable que toda mujer deje pasar por lo menos dos años entre un embarazo y otro, para recuperarse del desgaste físico que el embarazo le produce; además el recién nacido podrá tener una mejor lactancia materna, los cuidados y atenciones serán por más tiempo y el crecimiento y desarrollo se dará en mejores condiciones.

- Promoción y Otorgamiento de Métodos Anticonceptivos:

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos que desea tener.

El planificar la familia ayuda al bienestar y a la integración de la misma, favorece un mejor entendimiento entre el hombre y la mujer, les proporciona mayor tiempo para dedicarse el uno al otro y pueden atender mejor a los hijos.

El padre y la madre son quienes deben transmitir a sus hijos los valores fundamentales de la vida, les enseñan a valerse por sí mismos y les preparan para el futuro, son los responsables de satisfacer las necesidades de alimento, ropa, vivienda y educación; por todo esto, es muy importante que el hombre y la mujer tomen una decisión responsable acerca de cuándo y cuántos hijos tener.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para programar en tiempo los embarazos o para no embarazarse y estos métodos son temporales y permanentes o definitivos:

Métodos Temporales

Las pastillas, inyecciones, implantes su dérmicos, dispositivos intrauterinos (DIU), preservativos o condones, son métodos temporales y el uso de cada uno de ellos, debe hacerse con responsabilidad, recordando que su efectividad depende en gran medida de su uso correcto, por tal motivo es conveniente una valoración adecuada antes de iniciar cualquier método y seguir estrictamente las indicaciones para su uso.

El condón o preservativo además de su efecto anticonceptivo, disminuye la probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual como son: el VIH/SIDA, gonorrea, sífilis, herpes genital, virus del papiloma humano, tanto en el hombre como en la mujer.

Métodos Definitivos

En este grupo se encuentran la salpingoclasia o ligadura de trompas, para la mujer y la vasectomía sin bisturí para el hombre. Ambos son quirúrgicos, no tienen efectos secundarios ni impiden a la mujer o al hombre continuar una vida sexual satisfactoria.

4.7.4. Salud del Hombre de 20 a 59 años

Promoción de la salud/Educación para el Cuidado de la Salud¹⁵⁶

Actividad física

Alimentación

Sexualidad

Accidentes y violencias

Salud bucal

Adicciones

Enfermedad prostática

Incorporación a Grupos de Ayuda/Violencia Familiar/Adicciones

Nutrición

Detección de Sobrepeso y Obesidad

Incorporación a Grupos de Ayuda/Sobrepeso/Obesidad

Prevención y Control de Enfermedades/Evitables por Vacunación/ ITS/Tuberculosis

Tétanos y Difteria

Sarampión

Rubéola

VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual

Tuberculosis pulmonar

Detección de Enfermedades

Diabetes Mellitus

Hipertensión Arterial

Incorporación a Grupos de Ayuda/Diabetes Mellitus/Hipertensión Arterial

Salud Reproductiva

Otorgamiento de métodos anticonceptivos

¹⁵⁶ Guías de Salud del IMSS, (2008), <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/index.aspx>

4.7.5. Salud del adulto Mayor de más de 59 años

Promoción de la Salud/Educación para el Cuidado de la Salud¹⁵⁷

Actividad física

Alimentación

Salud bucal

Accidentes y violencias

Sexualidad usuarios capacitados

Enfermedad prostática

Incorporación a Grupos de Ayuda/Violencia Familiar

Nutrición

Detección de Desnutrición, Sobrepeso y Obesidad e Incorporación a Grupos de Ayuda

Prevención y Control de Enfermedades/Evitables por Vacunación/Tuberculosis

- Influenza
- Neumonía
- Tétanos y Difteria

Detección de Enfermedades

- Cáncer de Mama
- Cáncer Cérvico Uterino
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial

¹⁵⁷ Guías de Salud del IMSS, (2008), <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/index.aspx>

De acuerdo a la valoración realizada, se encontraron los siguientes déficit en la salud, por lo que se desarrollan su concepto y etiología para priorizar las intervenciones de enfermería.

4.8. Nutrición y Alimentación

Es el conjunto de procesos implicados en la incorporación de nutriente; su asimilación y utilización. Una buena nutrición significa una dieta balanceada, que contenga cantidades adecuadas de los elementos nutritivos esenciales que el cuerpo debe contar para lograr su funcionamiento normal.

Los ingredientes esenciales de una dieta balanceada son proteínas, vitaminas, minerales, grasas y carbohidratos.

Debido a que las necesidades del cuerpo varían con el crecimiento y desarrollo, los cuerpos en crecimiento necesitan aportes abundantes de calcio, fósforo y de otros minerales para formar huesos y dientes fuertes, también proteínas para lograr músculos fuertes y energía¹⁵⁸.

4.8.1. El Plato del Bien Comer¹⁵⁹

Establece con claridad las características de una dieta correcta:

- **Completa:** Que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.
- **Equilibrada:** Que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.
- **Inocua:** Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud, porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.
- **Suficiente:** Que cubra las necesidades de todos los nutrimentos.
- **Variada:** Que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas, ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

¹⁵⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005

¹⁵⁹ Ibid NOM-043-SSA2

4.8.1.1. Características del Plato del Bien Comer¹⁶⁰

En el diseño de El Plato se puso particular énfasis en evitar transmitir la idea de importancia, o predominio de alguno de los grupos. Se llegó así a la elección de un círculo, que luego se convirtió en plato para alejarse del frío concepto técnico de una gráfica circular y hacerlo un símbolo claramente alimentario.

1. El concepto geométrico de un círculo es que no tiene principio ni fin, dando a entender que todos los grupos son igualmente importantes.
2. Este plato está dividido en tercios con un área equivalente para cada rebanada.
3. Dos de los tres grupos de alimentos están a su vez subdivididos en dos sectores: en el caso del grupo de verduras y frutas las rebanadas son del mismo tamaño; sin embargo, en el grupo de las leguminosas y alimentos de origen animal, dos terceras partes del área se destinan a las leguminosas y el resto a los alimentos de origen animal, sugiriendo la proporción de ellos que se recomienda consumir.
4. Es interesante notar que en el plato mexicano la papa está localizada en el grupo de los cereales, ya que es un alimento feculento con un elevado contenido de almidón.
5. Con la palabra “combina” colocada entre el grupo de cereales y leguminosas, se pretende promover la combinación de cereales y leguminosas, con la finalidad de obtener una proteína de mejor calidad.
6. En el Plato se decidió no incluir las grasas y los azúcares, la razón de esto fue que estos productos son ingredientes y no alimentos primarios; y el incluirlos en el esquema como un grupo aparte, indicaría la recomendación de su consumo obligado, situación por demás indeseable.
7. En cuanto a los colores utilizados: se recurre a colores que en general pueden relacionarse con los alimentos incluidos en los distintos grupos: amarillo para los cereales, verde para verduras y frutas y un color rojizo para leguminosas y alimentos de origen animal.

¹⁶⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005

8. En el Plato se evitó dar recomendaciones cuantitativas, esto fue porque las necesidades nutrimentales difieren en forma muy notable con la edad, el tamaño corporal, el sexo, la actividad física y el estado fisiológico (crecimiento, embarazo, lactancia). Por lo que, según el grupo que realizó este esquema, de señalarse cantidades, se podría fomentar el consumo excesivo en algunos individuos y el consumo deficiente en otros, promoviendo, de esta manera, obesidad o desnutrición.
9. En el diseño gráfico del Plato, se tuvo especial cuidado en evitar que los dibujos de alimentos discordaran en su tamaño real y de las cantidades razonables de consumo; un ejemplo de esto es que en la ilustración se incluyó sólo un huevo o una pieza de pollo.
10. También se procuró incluir en los dibujos, alimentos o preparaciones habituales en México, como la flor de calabaza, el nopal, las galletas de animalitos, alegrías y bolillos.

4.8.1.2. Mensaje del Plato del Bien Comer¹⁶¹

Un mensaje central de este esquema es el de sustitución y complementariedad: “variar dentro de cada grupo” y “combinar entre los grupos”. Para entender mejor estos conceptos se recurre a la teoría de agrupación de los alimentos.

Cada grupo se forma con base en la semejanza que exista en torno a alguna característica importante de los alimentos que lo integran. Tales alimentos no son idénticos, pero sí lo suficientemente parecidos para juntarlos y aceptar que son razonablemente equivalentes y, por ello, sustituibles entre sí.

Dentro de un grupo, los alimentos son equivalentes (sustituibles), pero no complementarios, mientras que entre grupos los alimentos son complementarios, pero no sustituibles. Dicho de otra forma, la complementación ocurre entre grupos, no dentro de ellos, y la sustitución se da dentro de cada grupo y no entre ellos.

¹⁶¹ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005



4.8.1.3. Ejemplo de Sustitucion de Alimentos

- En vez de usar 1 huevo entero, utilice 2 claras de huevo.
- En vez de usar 30 grs. De queso de rallar utilice 30 grs., mozzarella o cualquier queso descremado (menos de 5 grs. de grasa).
- En vez de usar queso ricotta utilice:
 - a). 1 taza de cottage
- En vez de usar carnes

Reemplace carnes muy grasa por cortes magros: lomo, carne picada especialmente sin grasa, la porción es chica y no es conveniente que consumir carnes rojas más de cuatro veces por semana.

- En vez de usar crema de leche (1 taza) utilice:

- a).1 taza de queso cottage procesada con 1 cucharadita de jugo de limón.
- b).1 taza de yoghurt descremado

- En vez de usar leche entera utilice leche descremada.
- En vez de usar harina utilice:

- a).Leche en polvo descremada
- b). Maicena

4.8.1.4. Grupos de Alimentos¹⁶²

Para fines de orientación alimentaria se identifican tres grupos de alimentos, los tres igualmente importantes y necesarios para lograr una buena alimentación:

1. Verduras y Frutas
2. Cereales y tubérculos
3. Leguminosas y alimentos de origen animal

4.8.1.4.1. Verduras y Frutas¹⁶³

Son la única fuente de vitamina C en la dieta, además aportan otras vitaminas como ácido fólico, carotenos, vitamina K y minerales como el potasio y el hierro entre otros. Es importante recordar su aporte de fibra dietética, sobretodo cuando se comen crudas y con cáscara.

4.8.1.4.2. Cereales y Tubérculos¹⁶⁴

Este grupo aporta la mayor parte de la energía que se necesita diariamente, así como una importante cantidad de vitaminas. La recomendación de consumir los cereales integrales es con el fin de obtener mayor cantidad de vitaminas, así como de ser una fuente importante de fibra dietética, la cual ayuda a normalizar las evacuaciones y a dar volumen a la dieta.

4.8.1.4.3. Leguminosas y alimentos de origen animal¹⁶⁵

¹⁶² Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005

¹⁶³ ibíd. NOM-043-SSA -2005

¹⁶⁴ Ibídem. NOM-043-SSA"-2005

¹⁶⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005

Este grupo aporta proteínas que son indispensables para el crecimiento, así como minerales como el hierro, el calcio, el zinc, entre otros, y varias vitaminas como la vitamina A y varias del complejo B.

4.8.2. Jarra del Buen Beber¹⁶⁶

En México contamos con la “Jarra del Buen Beber.” Ésta es una representación gráfica que señala las bebidas. Cuenta con 6 niveles, en los que se ubican diferentes bebidas y se sugieren las cantidades que debe tomar un adulto cada día. La recomendación de las bebidas se basa en los beneficios que le proporcionan al cuerpo, por lo que la cantidad sugerida se encuentra en el lado derecho del gráfico en forma de vasos o tazas.

Nivel 1 – Agua Potable: es la bebida más saludable y la preferida para satisfacer las necesidades diarias de líquidos. De acuerdo a lo anterior, se debe consumir un mínimo de ocho vasos al día.

Nivel 2 – Leche semidescremada, leche descremada y bebidas de soya sin azúcar adicionada: aportan calcio, vitamina D y proteína de alta calidad. Se recomienda consumir máximo dos vasos al día de éstas bebidas. Se deben preferir sobre la leche y bebidas de soya saborizadas y con azúcar agregada ya que contienen grandes cantidades de energía. Igualmente deben suplir la leche entera ya que ésta última tiene mayor aporte de grasa que la leche descremada.

Nivel 3 – Café y té sin azúcar: El té y el café negro sin azúcar se pueden tomar hasta 4 tazas (250ml por taza). El té provee micronutrientes como el fluoruro, algunos aminoácidos y vitaminas.

Nivel 4 – Bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales: se refiere a refrescos de dieta, agua con vitaminas, bebidas energétizantes y otras bebidas “dietéticas” a base de café o té. Se recomienda de 0 a 500ml por día (de cero a dos vasos)

Nivel 5 – Bebidas con alto valor calórico y beneficios en salud limitados: se refiere a jugos de fruta, leche entera, bebidas alcohólicas y bebidas deportivas. Éstas se recomiendan de 0 a medio vaso (125ml) al día ya que aportan gran cantidad de energía.

Nivel 6 – Bebidas con azúcares y bajo contenido de nutrientes: se refiere a refrescos y otras bebidas con azúcar adicionada como jugos, agua fresca y café. No se recomienda su consumo ya que se ha asociado con caries dental, sobrepeso y obesidad.

¹⁶⁶ Instituto Nacional de Salud Pública, (2007), ¿Sabes cómo llevar una Buena Alimentación? Recuperado 21 de noviembre 2011 http://www.insp.mx/bajale/docs/talleres/dieta_grupos_alimentos_necesidades_nutrimen

LA JARRA DEL BUEN BEBER



4.8.3. Patrón del Sueño

La Vigilia Anormal es el trastorno del sueño que consiste en la incapacidad de conciliar el sueño fácilmente o de permanecer dormido durante toda la noche. Las causas de insomnio pueden ser físicas o psicológicas o con más frecuencia combinación de ambas. Algunas personas son más sensibles que otras a las condiciones que las rodean, ruidos ligeros, la luz, bebidas que contienen cafeína, té y bebidas de cola, comidas pesadas y la ingestión de grandes cantidades de líquidos antes de acostarse pueden ocasionar el insomnio. De igual forma el recordar episodios perturbadores o traumáticos de sus vidas ocasiona el insomnio crónico y aumenta la ansiedad y preocupación por no poder dormir. En los años recientes se han empleado técnicas de conducta con cierto grado de éxito. Se impulsa al paciente a que evite enfocar sus pensamientos en el problema y a que aprenda y practique técnicas de relajación, otra forma de terapia de conducta descondiciona al paciente, rompiendo antiguos no productivos que refuerzan la vigilia y los sustituyen por otros más efectivos que aseguran un sueño nocturno adecuado.¹⁶⁷

La prevalencia del insomnio a lo largo de la vida es aterradora. El 40% de las mujeres se quejan de insomnio y un 30% de los hombres. Si se evalúan personas mayores de 65 años el 50% se queja de insomnio y una tercera parte de los adultos tiene insomnio crónico.

Esto es bastante importante, ya que un 10% presenta un insomnio de tipo grave que requeriría de una valoración en un Centro de Sueño. Hasta la fecha se han descrito 42 causas de insomnio de origen primario y secundario.

El insomnio se clasifica según la causa, duración, gravedad y naturaleza. Habitualmente se usa según la duración. Si se habla de un insomnio de pocos días se llama ocasional. Si dura algunas semanas, hasta máximo cuatro semanas, se habla de transitorio. Cuando dura más de cuatro semanas se trata de un insomnio crónico. El insomnio crónico se divide a su vez en insomnio primario y secundario, según se conozca o no la etiología¹⁶⁸.

También se clasifica según la causa; si se conoce, es secundario, si no se conoce es primario. Por la gravedad puede ser leve, moderado o severo. De acuerdo con la naturaleza, si se presenta al inicio del dormir, se denomina insomnio de conciliación, si ocurren despertares durante la noche, se llama insomnio de despertares múltiples, si ocurre en horas de la madrugada, antes del despertar normal, se llama insomnio de

¹⁶⁷ Miller/Keane, (1996), Diccionario Enciclopédico de Enfermería, Cuarta Edición, Editorial Panamericana

¹⁶⁸ Universidad Nacional de Colombia (2005), Dirección Nacional de Innovación Académica, Clínica y Etiología del Insomnio; Recuperado 20 de agosto del 2011, <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

despertar temprano. Puede ser también global o parcial, frecuente o intermitente según la ocurrencia y duración.

El insomnio afecta la calidad de vida del individuo, inclusive baja la inmunidad celular y aparecen enfermedades de tipo infeccioso. Si se comparan cifras de días de incapacidad laboral producidos por gripe y días de incapacidad dados por insomnio, en los Estados Unidos, el insomnio produce más días laborales perdidos que los estados gripales. Sin embargo, este problema no se reconoce ni se diagnostica tanto como la gripa¹⁶⁹.

- **Insomnio Ocasional**

El insomnio transitorio u ocasional es el de mayor consulta. Los pacientes duran dos o tres noches sin poder dormir, con frecuencia se encuentran factores desencadenantes como situaciones de estrés emocional agudo o ambientales como la presencia de ruido insoportable o excesivo calor. Las personas que habitan cerca de aeropuertos o discotecas duermen poco, sufren de insomnio de conciliación o de despertares múltiples. Cuando se viaja de climas fríos a climas cálidos los primeros días son difíciles para dormir. De igual forma cuando se viaja rápidamente y se cruzan varios husos horarios se produce el conocido síndrome del "Jet Lag. También ocurre cuando se aumenta la altitud de manera rápida y se trata de dormir en grandes alturas. El tratamiento en estos casos requiere del uso de hipnóticos durante algunas noches nada más¹⁷⁰.

- **Insomnio de Corta Duración**

El insomnio de corta duración dura alrededor de tres semanas o menos. Con frecuencia los factores desencadenantes, son el estrés emocional agudo y la presencia de enfermedad médica general. Algunos estudios demuestran una prevalencia alta, cercana al 80%, en pacientes hospitalizados. Es decir, la mayoría de ingresados a hospitales se quejan de que no duermen durante su estancia y pocos médicos preguntan a sus pacientes si la noche anterior durmieron bien, si tuvieron una buena noche o si se despertaron a la tres de la mañana a orinar o simplemente no durmieron por el ruido del servicio de hospitalización. Se ha demostrado que los pacientes con insomnio alargan las estancias hospitalarias.

La complicación frecuente de este tipo de insomnio, es evolucionar a un insomnio crónico condicionado. El tratamiento inicial consiste en suministrar hipnóticos por un corto periodo de tiempo. Se pueden usar hipnóticos de tercera generación o la dosis efectiva mínima de un hipnótico benzodiacepínico (BZD) de acción ultracorta o corta. Se realiza educación en

¹⁶⁹ Universidad Nacional de Colombia, Óp. cite; <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

¹⁷⁰ Ibíd. <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

higiene del sueño al paciente y el período de tratamiento en general, dura menos de tres semanas¹⁷¹.

- **Insomnio Crónico**

El insomnio de larga duración es el problema más grave. Se define como aquel que tiene una duración de semanas a meses e incluso años. Los pacientes en general consultan a los centros de sueño luego de haber solicitado ayuda a otros servicios de salud. En Europa un 10 a 20% de los pacientes con insomnio presentan un cuadro severo. El factor desencadenante es el estrés emocional crónico. Se puede observar insomnio crónico luego de la muerte de algún ser querido, o si la persona tuvo una situación económica difícil y dejó de dormir unos días y a partir de ese momento, empieza a no dormir o a consumir alcohol. Luego, no puede volver a dormir y es entonces cuando se desarrolla el insomnio de larga duración.

La etiología más frecuente en estos casos está dada por enfermedades psiquiátricas. El 50% de los pacientes presentan ansiedad, depresión o consumen sustancias psicoactivas. Por lo anterior el médico debe indagar siempre este tipo de patología cuando el paciente es un insomne crónico. Por otro lado, el 50% restante son personas con trastornos específicos del sueño, como Síndrome de Movimientos Periódicos de la Extremidades, Síndrome de las Piernas Inquietas, Síndrome de Apnea / Hipopnea Obstructiva del Sueño u otras alteraciones médicas. El tratamiento general consiste en administrar hipnóticos de tercera generación asociados a antidepresivos sedantes. Los primeros se pueden usar a libre demanda y cuando el paciente lo necesita, según recientes estudios, higiene de sueño, psicoterapia, luminoterapia, cronoterapia, etc., dependiendo de la etiología.

El insomnio crónico puede ser primario o secundario. El insomnio primario se presenta hasta en un 12% de las consultas de sueño en centros especializados. El Insomnio Psicofisiológico, ocurre en personas cuya única queja es que no duermen. Si se examinan cuidadosamente parecen estar ansiosos, no tienen ninguna alteración neurológica ni psiquiátrica, simplemente son personas que poco duermen y de manera crónica solicitan ayuda médica, pasando por numerosos tratamientos no farmacológicos e hipnóticos sin encontrar solución a su queja.

El insomnio infantil se inicia en la niñez y es muy parecido al insomnio psicofisiológico mencionado arriba. Otra clase de insomnio primario es el conocido como Pseudoinsomnio o Mala Percepción del Dormir en el que no hay ningún hallazgo polisomnográfico objetivo y por lo general ocurre en personas que se quejan crónicamente de falta de sueño.

¹⁷¹ Universidad Nacional de Colombia, Óp. cite; <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

En pacientes con insomnio secundario, una causa importante es la mala higiene del sueño. Los médicos que hacen turnos de 36 y 48 horas continuas durante años, a largo plazo, sufren un insomnio crónico por insuficiencia de sueño. Pacientes con abstinencia al alcohol tardan hasta dos años en resincronizar los mecanismos que controlan el ciclo de vigilia sueño. Las enfermedades médicas que producen dolor en las noches hacen que los pacientes tengan dificultad en mantener el sueño. En otros casos, como en la Enfermedad de Parkinson, el síntoma inicial puede ser insomnio hasta en un 25% de los pacientes.

El tratamiento consiste en identificar y tratar la condición de base (etiología). Existen tres opciones de tratamiento: la Terapia psicológica o conductual, la Terapia farmacológica: con dosis interdiaria, a libre demanda y un abordaje combinado (conductual y farmacológico). Se pueden usar dosis intermitentes de hipnóticos combinados con antidepressivos sedantes. Para suspender el hipnótico se hace gradualmente y es necesario reevaluar el paciente con frecuencia¹⁷².

4.8.3.1. Factores que Influyen en el Curso y Evolución del Insomnio

Para el manejo adecuado del insomnio es necesario tener en cuenta factores que afectan su desarrollo. Estos factores pueden ser de tres tipos: los perpetuadores como el condicionamiento, abuso de sustancias, funcionamiento ansioso, mala higiene de sueño¹⁷³.

- **Factores Predisponentes**

Estos tienen que ver con la susceptibilidad biológica del individuo. Existen personas que tienen alteraciones del ritmo circadiano. Individuos que tienen tendencia a dormir tarde en la noche y despertar tarde en la mañana y lo contrario. El ciclo vigilia sueño, puede tener duración mayor o menor que el promedio de la población general, que es de 24.9 horas.

Es decir, las actividades a desarrollar por estas personas durante el día pueden ser o muy cortas o demasiado largas en tiempo. Por otra parte pacientes de la tercera edad tienen mayor susceptibilidad de presentar insomnio¹⁷⁴.

- **Factores Perpetuadores**

Ocurre en personas que sufren de insomnio y permanecen en cama, pensando que entre mayor tiempo estén, más posibilidades de dormir tienen. La cama se convierte en un

¹⁷² Universidad Nacional de Colombia, Óp. cite; <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

¹⁷³ Cano. J., García, J.,(2005), Insomnio Enfoque Diagnostico y Terapéutico, Iatreia 18(1), 60-70

¹⁷⁴ Cano. J., García, J.,Óp. cite. P. 61

factor condicionado para no dormir. También se observa una situación similar en personas que tienen horarios irregulares para acostarse y levantarse. La ansiedad sobre las consecuencias de la pérdida de sueño son inmanejables; a medida que llega la noche y el sujeto empieza a pensar que no va a poder dormir y que va pasar otra noche en vigilia, otra noche terrible sin dormir, en que al día siguiente no va a poder trabajar por sentirse fatigado, hace que este tipo de pensamiento contribuya a una asociación de manera crónica del insomnio con la expectativa de una mala noche, prolongando el fenómeno de manera indefinida. Si el paciente consume sustancias estimulantes del SNC, toma una taza de café, té o Coca Cola o acostumbra a fumar cigarrillos antes de acostarse, es seguro que va perpetuar el insomnio¹⁷⁵.

- **Factores Precipitantes**

El insomnio se puede ver desencadenado por diferentes situaciones de tipo ambiental. Si se habita en lugares ruidosos, cerca de discotecas, al aeropuerto o a grandes avenidas o autopistas, esto lleva a impedir la conciliación y el mantenimiento del sueño. Si las condiciones habitacionales no son adecuadas, la alcoba es demasiado iluminada o con temperatura mayor de 22 grados centígrados o menor de 18 grados centígrados, tampoco es un ambiente propicio para el dormir. Existen otros factores médicos, como el dolor crónico en pacientes con cáncer, psiquiátricos como la ansiedad y la depresión e incluso drogas que pueden alterar el sueño como los beta estimulantes, estimulantes como la ritalina e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como la fluoxetina, sertralina, etc.¹⁷⁶.

En los pacientes con insomnio crónico secundario es importante establecer la etiología. Para ello vale la pena realizar estudios polisomnográficos con video filmación. Entre las causas más importantes del insomnio crónico se tiene:

- **Síndrome de las Piernas Inquietas**

Este diagnóstico se realiza mediante la anamnesia al paciente. Ocurre cuando el paciente va a acostarse. El individuo afectado empieza a sentir molestias en las piernas, se describe sensación de cosquilleo, de quemadura o como si hormigas caminasen por las piernas. El paciente se empieza a frotar las piernas y se refriega los muslos vigorosamente; puede transcurrir una hora o más. Se levanta, camina o practica ejercicio de madrugada y finalmente logra inducir el sueño, cuando prácticamente se encuentra fatigado. Son disestesias en miembros inferiores que desaparecen con el movimiento. Esta situación se presenta a diario y es una de las causas más importantes de insomnio

¹⁷⁵ ibíd. pág. 61

¹⁷⁶ Ibídem 62

de conciliación. Tiene una prevalencia elevada y se asocia con el Síndrome de Movimientos Periódicos de las Extremidades con alta frecuencia¹⁷⁷.

- **Síndrome de Movimientos Periódicos de las Extremidades (PSG)**

Las mioclonías nocturnas son contracciones musculares repetitivas e involuntarias. Ocurren durante toda la noche. Es un problema para la pareja, cuando se duerme acompañado. Siendo en estos casos la heteroanamnesis importante para el diagnóstico. El paciente durante la noche da patadas haciendo movimientos en flexión - extensión principalmente de las piernas. El paciente no se da cuenta, aunque los movimientos se acompañan de pequeños micro despertares y durante el mismo, el registro de memoria de este evento no se produce.

Estos microdespertares al sumarse disminuyen notablemente la eficiencia del sueño y el paciente se va a quejar de insomnio de despertares múltiples. La PSG es diagnóstica. Quien consulta es el compañero de cama y refiere que el paciente parece un ciclista pedaleando toda la noche. La prevalencia es alta.¹⁷⁸

- **Mala Percepción del Sueño**

El pseudoinsomnio como también se le conoce es un queja frecuente. Se presenta en un 10% de las personas que se quejan de insomnio. Se trata de personas que afirman no dormir de manera crónica. Sin embargo, al ser estudiadas en un laboratorio de sueño, duermen plácidamente y no se encuentran alteraciones en el PSG que expliquen dicha molestia. En ocasiones la queja puede ser de características hipocondríacas, obsesivas o incluso delirantes. El individuo se vive quejando de no dormir. Tiene una frecuencia alta en mayores de 55 años. Los ancianos son quienes más consultan, quienes tratan de conservar el patrón de sueño adulto joven. Se deben indicar al paciente los cambios del ciclo vigilia sueño con el avance de la edad. El manejo es con higiene de sueño y no se deben usar hipnóticos. Hay que tener en cuenta que un 2% de la población duerme en promedio 4 horas y media.¹⁷⁹

4.8.3.2. Las Alteraciones del Ciclo Vigilia-Sueño

Su presentación clínica habitual es insomnio e hipersomnio. Existen dos cuadros clínicos, el agudo como el "Jet Lag" y el cambio brusco de trabajo, y el crónico como el trabajo por turnos alternantes, el síndrome de fase retrasada de sueño, el síndrome de avance de

¹⁷⁷ Cano. J., García, J., Óp. cité. 63

¹⁷⁸ ibíd. pág. 63

¹⁷⁹ Cano. J., García, J., Óp. cité. 65

fase de sueño, el esquema irregular del ritmo vigilia sueño, etc. Ocurre en individuos que laboran por turnos, conocidos como corre turnos o trabajadores de 3 por 8. En el personal del área de la salud que tiene cambios en las jornadas laborales o turnos nocturnos en ocasiones mayores de 12 horas, ocurre una desestructuración en la organización del sueño. Los relojes endógenos se desincronizan y son difíciles de volver a organizar. La gran cantidad de enfermeras, que habitualmente realizan turnos durante varios años, cuando se pensionan y desean comenzar a dormir de manera normal, tienen grandes dificultades en conseguir un patrón de sueño adecuado. Al llegar la noche asocian el dormir con laborar, permanecen despiertas y aumenta la morbilidad. En general son mujeres que se observan más arrugadas, duermen mal y envejecen pronto¹⁸⁰.

- **El Síndrome de Apnea e Hipopnea Obstructiva del Sueño**

Consiste en pausas de la respiración durante el sueño. Ocurren de tres formas: obstructivas, centrales y mixtas. Al principio el paciente se queja de un sueño fraccionado y no reparador. Luego presenta ronquido severo, depresión, somnolencia diurna excesiva e impotencia. Este es un problema grave y altamente prevalente en la población general.

Los pacientes son obesos, roncadores crónicos y sufren de somnolencia patológica. En ocasiones tienen insomnio por presentar pausas respiratorias prolongadas con despertares ansiosos.¹⁸¹

4.8.3.4. Tratamiento No Farmacológico

Es más económico, presenta menos efectos secundarios, el paciente es protagonista activo de su mejoría y a largo plazo cuando es eficaz— tiene menos riesgo de recaídas.

Tiene el inconveniente de ser más difícil de poner en práctica, ya que requiere cambios en los hábitos de vida arraigados a veces— exigen mayor dedicación por parte de los médicos y son pocos los terapeutas que dominan estas técnicas; es más sencillo y efectivo a corto plazo prescribir un hipnótico que persuadir al paciente de lo beneficiosos que son a largo plazo los cambios de hábitos.

En muchas ocasiones conviene apoyarse temporalmente en los fármacos mientras se enseña a poner en práctica el tratamiento conductual escogido, de hecho los mejores resultados se han obtenido con la aplicación conjunta de medidas psicológicas y farmacológicas. Independientemente del tipo de tratamiento que se prescriba al paciente, en todos los casos de insomnio, son muy útiles las llamadas “medidas de higiene del

¹⁸⁰ Universidad Nacional de Colombia, Óp. cite; <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

¹⁸¹ Universidad Nacional de Colombia, Óp. cite; <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

sueño” La *American Academy of Sleep Medicine Task Force* revisó 48 artículos y dos metanálisis, con la intención de desarrollar guías prácticas de manejo de alternativas no farmacológicas para tratar el insomnio crónico. Se encontró que las terapias no farmacológicas, producían mejorías fiables y duraderas en algunos parámetros del sueño de pacientes con insomnio crónico. Un 70-80% de los pacientes se beneficiaron de estos tratamientos, pero la eficacia varió según el tipo de tratamiento. Las técnicas que mostraron ser eficaces fueron la técnica de control de estímulos, la relajación muscular progresiva y la intención paradójica¹⁸².

Está por confirmarse la eficacia de la técnica de restricción de sueño, el biofeedback (bioalimentación) y la terapia cognitivo conductual; en la que el terapeuta se vale de una serie de técnicas dirigidas para lograr la relajación mental y física, mediante relajación muscular progresiva, terapia de control de estímulos, terapia de intención paradójica; el biofeedback es asistido por mecanismos auditivos o visuales, respiración diafragmática, imaginación guiada por sugerencias, parada del pensamiento y/o restricción del sueño.

La psicoterapia cognitivo-conductual tiene como objetivo mejorar la calidad y el estilo de vida para evitar aquellas situaciones emocionales que dificultan el buen dormir: aprender mecanismos de defensa ante situaciones de estrés, lograr un mejor control de sus emociones y una adecuada expresión de las mismas, mejorar las relaciones interpersonales para evitar los conflictos motivar al paciente hacia la práctica de actividades lúdicas y relajantes necesarias para un buen descanso. Se considera que este tipo de tratamiento es efectivo si la latencia de inicio del sueño disminuye 30 minutos¹⁸³.

- **Hábitos de Higiene del Sueño/Terapias Conductuales**

1. Control de Estímulos: Objetivo de re-asociar la cama a un inicio rápido del Sueño.
2. Intención Paradójica: Para quitar el miedo o ansiedad ante la posibilidad de acostarse y no dormir, se le pide al paciente que intente pasar en vela la noche entera en vez de esforzarse por conciliar el sueño.
3. Relajación Muscular Progresiva Intenta una relajación mental mediante una profunda relajación física.
4. Psicoterapia Cognitivo-Conductual: Modificar y controlar pensamientos negativos y ansiógenos que aparecen al acostarse cuando se deja de hacer cosas que ocupaban el pensamiento antes de acostarse¹⁸⁴.

¹⁸² ibíd. pág. <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

¹⁸³ Universidad Nacional de Colombia, Óp. cite; <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina>

¹⁸⁴ Cano. J., García, J., Óp. cité. 68

4.8.3.4.1. Medidas Higiénicas del Sueño

1. Despertarse y acostarse todos los días a la misma hora
2. Limitar el tiempo diario en cama al tiempo necesario de sueño (7,5-8 horas)
3. Suprimir la ingesta de sustancias con efecto activador o estimulador del SNC
4. Evitar largas siestas durante el día
5. Realizar ejercicio físico, evitando las últimas horas del día por su efecto excitante
6. Evitar actividades excitantes en las horas previas al acostarse
7. Tomar baños de agua a temperatura corporal por su efecto relajante
8. Comer a horas regulares y evitar comidas copiosas cerca de la hora de acostarse
9. Practicar ejercicios de relajación antes de acostarse
10. Mantener condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ruidos, luz, dureza de la cama, etc.)¹⁸⁵

¹⁸⁵ Cano. J., García, J., Óp. cité. 69

5. METODOLOGÍA

5.1 Fuente de Información Primaria:

La Sra. L.M.L quien funge como jefe de familia, nos proporcionó la información necesaria, por medio de la aplicación de una encuesta y propiamente de una entrevista, para la elaboración de la valoración de su núcleo familiar.

5.2 Selección del Caso:

Este estudio de caso es el abordaje detallado de una familia seleccionada al azar del estudio de la población académica docente, administrativa y de pasantes en enfermería, que fue realizado por los alumnos de pregrado de la especialidad en Salud Pública. En primera Instancia se realiza un instrumento para la recolección de datos estructurado con preguntas abiertas y dicotómicas, para posteriormente proceder a la entrevista y contestación de la encuesta por la Sra. L.M.L que labora como personal administrativo, dentro de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Esta encuesta abarca la estructura de la Teoría General del Déficit del Autocuidado, desde los Factores Condicionantes Básicos, Requisitos de Autocuidado Universales (alimentos, eliminación, equilibrio entre actividad y reposo, soledad e interacción social, prevención de peligros para la vida), Requisitos del Desarrollo y de Desviación de la Salud; así mismo abarca composición familiar, tipo de familia, estructura familiar y funciones familiares; la recolección de datos se realizó en dos partes, primero se desarrolló la entrevista en área de oficina y posteriormente, se visitó a los demás miembros de la familia en su comunidad y domicilio para recabar la información de los apartados que involucran la ubicación, características del área geográfica, características de la vivienda y a la par se realizó la valoración en los integrantes de la familia del caso seleccionado.

5.3 Consideraciones Éticas

5.3.1. Ley General de Salud.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos
Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.¹⁸⁶

Artículo 1. La presente Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda la persona en los términos del artículo 4to de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad en general. Es de aplicación en toda la República, y sus disposiciones son de orden publicado e interés social.

Artículo 2o.- El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud, que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

¹⁸⁶ Cámara de Diputados, (2011) Ley General de Salud; Texto Vigente; Última Reforma Publicada DOF 16-11.

5.3.1.1. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Artículo 19 fracción XIV.- Administración del Sistema de Cartillas Nacionales de Salud¹⁸⁷

24 de diciembre de 2002

Diario oficial de la Federación: 24 de diciembre de 2002
Secretaría de salud

DECRETO por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

VICENTE FOX QUESADA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 89, fracción I, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con fundamento en los artículos 3o., fracciones IV, V, XI, XV y XVI, 6o., fracción I, 7o., fracciones I y V, 64, fracción I, 68, fracción VI, 107, 110, 112, fracción I, 133, fracción III, 135, 139, fracción VIII, 144, 158 y demás aplicables de la Ley General de Salud; 18, fracción IV, de la Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores; 39, fracciones I, VI, VII y XVI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, y

Considerando:

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 reconoce que la salud es una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades, por lo que plantea como uno de sus objetivos principales elevar el nivel de salud de toda la población;

Que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla entre sus objetivos los de mejorar las condiciones de salud de todos los mexicanos, así como abatir las desigualdades en salud;

Que el Programa al que se refiere el considerando anterior considera que para hacer frente con éxito al reto de la equidad, es necesario atender la salud de las mujeres y los hombres de todos los grupos de edad, por lo cual establece programas de acción que abarcan desde la atención prenatal hasta la de los adultos mayores.

Que la promoción de la salud es uno de los elementos más relevantes para la protección de la salud pública y que, según lo establece la Ley General de Salud, tiene por objeto

¹⁸⁷ Histórico de las Cartillas Nacionales de Salud, (2012), Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, Recuperado 1 de marzo 2012, http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas_historico.

crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación, en beneficio de la salud individual y colectiva;

Que la promoción de la salud comprende, según lo señala la propia Ley General de Salud, entre otros, a la educación para la salud, la cual tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas, que le permitan participar en la prevención de enfermedades y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;

Que mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación, del 20 de octubre de 1978 se estableció con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación, destinada a controlar y comprobar la administración de vacunas, como parte esencial de la protección de la salud de la niñez;

Que el 6 de marzo de 1998 se publicó en el órgano de difusión oficial el Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer con el objeto de que, desde el inicio de la edad reproductiva, las mujeres contaran con un instrumento que facilitara el seguimiento de su estado de salud; que el 25 de junio de 2002 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, que señala que corresponde a las instituciones del Sector Salud garantizar a los adultos mayores la disponibilidad de una cartilla de salud y autocuidado, que deberá utilizarse indistintamente en instituciones públicas y privadas;

Que las experiencias en la utilización de las cartillas mencionadas en los considerandos anteriores, han comprobado su utilidad, no únicamente como mecanismos de seguimiento de la atención recibida por los individuos, sino que además han demostrado que constituyen herramientas fundamentales de promoción de la salud, ya que permiten al usuario crear conciencia de la importancia del autocuidado de la salud, así como de que se demanden oportunamente los servicios preventivos correspondientes;

Que no obstante la utilidad de las cartillas antes mencionadas, existen grupos de edad que no quedan comprendidos dentro de las mismas, por lo que es necesario que se establezca un esquema más completo que permita a los individuos llevar un seguimiento¹⁸⁸ personalizado y continuo de las acciones de prevención en la salud acorde a todas y cada una de las etapas de la vida, he tenido a bien expedir el siguiente Decreto.

¹⁸⁸ Histórico de las Cartillas Nacionales, <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas>

Artículo 1. Se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, como el esquema a través del cual, los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención en la salud que reciban en cada etapa de la vida.

Artículo 2. El Sistema a que se refiere el artículo 1 del presente Decreto estará constituido por las siguientes Cartillas Nacionales de Salud:

I. De Vacunación, que registrará las acciones de prevención en la salud de los individuos desde su nacimiento, hasta los 19 años de edad;

II. De Salud de la Mujer, que registrará las acciones de prevención en la salud de las mujeres de los 20 a los 59 años de edad;

III. De Salud del Hombre, que registrará las acciones de prevención en la salud de los hombres de los 20 a los 59 años de edad, y

IV. De Salud del Adulto Mayor, que registrará las acciones de prevención en la salud de las mujeres y los hombres a partir de los 60 años de edad.

Artículo 3. Las Cartillas Nacionales de Salud serán gratuitas y deberán entregarse a los usuarios, por conducto de los prestadores de servicios de salud, en cualquiera de los establecimientos integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 4. Cada institución pública del Sistema Nacional de Salud, podrá determinar el formato de cartillas que considere más conveniente, siempre y cuando incorpore, por lo menos, los rubros básicos de información establecidos para cada una de ellas, en términos de este Decreto. Las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que así lo prefieran, podrán utilizar el formato de cartillas que establezca la Secretaría de Salud, mismo que será obligatorio para las instituciones privadas de dicho Sistema.

Artículo 5. Las cartillas nacionales de salud deberán contener los datos generales de identificación de la persona a la que pertenezca, además de los rubros básicos de información siguientes:

Artículo 6. Las autoridades del Sistema Nacional de Salud promoverán que los jueces u oficiales del Registro Civil, entreguen la Cartilla Nacional de Vacunación a los padres, tutores o responsables del menor que aún no cuenten con ella, o la soliciten a efecto de asentar los datos del menor en la misma.

Artículo 7. La Cartilla Nacional de Vacunación quedará en poder y bajo custodia de los padres, tutores o responsables de su titular hasta en tanto éste alcance la mayoría de edad. Los padres, tutores o responsables del menor serán exhortados a presentarlo en las unidades aplicativas para su vacunación y, al efectuarse ésta, los prestadores de

servicios deberán anotar en la cartilla la información a que se refieren los incisos a) y b) de la fracción I del artículo 5 del presente Decreto.

Artículo 8. Para efectos de la aplicación de vacunas en los establecimientos integrantes del Sistema Nacional de Salud, se deberá atender a lo que al respecto establezcan las disposiciones legales, reglamentarias y normativas aplicables.

Artículo 9. La Cartilla Nacional de Vacunación tendrá plena validez en las dependencias, entidades o instituciones ante las que deba comprobarse la vacunación.

Artículo 10. Cuando se presten servicios de salud a un individuo que no cuente con la Cartilla Nacional de Salud correspondiente a su grupo de edad, el prestador estará obligado a entregársela y asentar en ella los datos generales del usuario. Asimismo, el prestador de servicios deberá indicar al usuario, la necesidad de presentar la Cartilla Nacional de Salud relativa cada vez que sea atendido, independientemente del lugar en donde reciba el servicio.

Artículo 11. Los prestadores de servicios de salud deberán solicitar a los usuarios la Cartilla Nacional de Salud que corresponda y hacer, en su caso, la anotación correspondiente a los servicios considerados en el formato de la Cartilla respectiva. No obstante lo anterior, en ningún caso se podrá negar la prestación de los servicios por la falta de presentación de la Cartilla Nacional de Salud¹⁸⁹.

Transitorios

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor el día 1o. de enero de 2003.

SEGUNDO. Los usuarios que ya cuenten con la cartilla correspondiente a su grupo de edad, no requieren sustituirla por una de nuevo diseño.

TERCERO. Se abrogan:

I. El Decreto por el que se establece con carácter obligatorio la Cartilla Nacional de Vacunación, destinada a controlar y comprobar, individualmente, la administración de vacunas como parte esencial de la protección de la salud de la niñez, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 20 de octubre de 1978, y

¹⁸⁹ Histórico de las Cartillas Nacionales, <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas>

II. El Decreto por el que se establece la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de marzo de 1998.

Dado en la residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los trece días del mes de diciembre de dos mil dos.- Vicente Fox Quesada.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, Julio José Frenk Mora.- Rúbrica¹⁹⁰.

¹⁹⁰ Histórico de las Cartillas Nacionales, <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas>

5.3.2. Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México.

De esta forma el código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética profesional. Un código de ética para enfermería debe constituirse, necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad
- A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político;
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive
- A la enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

En síntesis, el ejercicio de la enfermería requiere de la conciencia de que los valores que se sustentan a diario son auténticamente fundamentales: la salud, la libertad, la dignidad, en suma la vida humana toda, requiere que todos los profesionales de la enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen.¹⁹¹

5.3.3. Carta de Derechos de los Pacientes

¹⁹¹ Secretaría de Salud, Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México (2001),11-19.

1. Recibir Atención Médica Adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2. Recibir Trato Digno y Respetuoso

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3. Recibir Información Suficiente, Clara, Oportuna y Veraz

El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4. Decidir Libremente sobre su Atención

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales¹⁹².

5. Otorgar o no su Consentimiento Válidamente Informado

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

¹⁹² Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico, Recuperado 7 de mayo 2013, <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>

6. Ser Tratado con Confidencialidad:

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7. Contar con Facilidades para Obtener una Segunda Opinión:

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8. Recibir atención Médica en Caso de Urgencia:

Cuando esta en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. Contar con un Expediente Clínico:

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido¹⁹³.

10. Ser Atendido Cuando se Inconforme por la Atención Médica Recibida:

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados¹⁹⁴.

¹⁹³ Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapaciente>

¹⁹⁴ Gobierno del Estado de México, Secretaría de Salud, <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapaciente>

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

En la visita realizada el 13 de diciembre del 2011 se conoció a los miembros que integran la familia V.M de la Sra. L. M.L; adolescente mujer de 11 años y el niño de 4 años además de su pareja actual con la que tiene una relación reciente, pero que aún no vive con ellos. Esta familia es originaria del barrio San Gregorio, Delegación Xochimilco, hace 3 meses se cambiaron al domicilio actual, la familia está conformada por la Sra. L. M. L. de 31 años actualmente divorciada cumple con el rol de padre/madre, teniendo a su cargo a los miembros de su familia, actualmente cuenta con el apoyo de su novio el cual es Ingeniero Civil; ella menciona que él la ayuda a realizar algunas labores domésticas, pero no le brinda apoyo económico; la Sra. cuenta con estudios de bachillerato, es derechohabiente del ISSSTE y utiliza en ocasiones los servicios de salud privados. En la primera entrevista La Sra. L.M.L se mostró entusiasmada y coopero en todo momento, posteriormente se dificulto la visita domiciliaria que hasta después de un mes se llevó a cabo y en donde el recibimiento fue cordial. La adolescente actualmente estudia sexto grado de educación primaria en una escuela cercana al lugar de trabajo de la Sra. en donde puede llevarla y recogerla sin dificultad; al momento de realizarle la valoración refleja tristeza y llora al hablar de la separación de sus padres y de la convivencia de la nueva pareja de su mamá.

Posteriormente se realizaron otras 4 visitas:

7 de Julio, 13 de Marzo y 16 de Junio del 2012

También en las fechas siguientes se realizo la Atención Preventiva Integrada, aprovechando la estancia en la ENEO /UNAM que se incluyó en la práctica de la Especialización de Salud Pública del segundo ciclo escolar, primeramente a la Mujer (Señora L.M.L), luego a la Adolescente y por ultimo al niño. 16, 17 y 18 de Noviembre del 2011 cada día para cada miembro de la familia respectivamente.

6.1. Agente de Autocuidado y Agente de Cuidado Dependiente:

- Sra. L.M.L.
- Adolescente de 11 años contribuye a realizar algunas acciones para el cuidado de su salud (bañarse, lavarse los dientes, las manos etc.)

7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración del Núcleo Familiar V.M.

7.1.1. Factores Básicos Condicionantes.

- **Sexo**

Comprende a dos personas del sexo femenino y uno masculino.

- **Estado de Desarrollo.**

Adulto Joven femenino de 31 años de edad

Adolescente femenino de 11 años de edad

Prescolar masculino de 4 años de edad

- **Estado de Salud.**

Aparentemente sanos.

- **Orientación Sociocultural**

La religión que profesa la familia es la católica, celebran las fechas de religiosidad del pueblo así como 12 de diciembre día de muertos y las fiestas navideñas. Acude esporádicamente a misa y en caso de estar en problemas recurre a la imagen de la Virgen de Guadalupe. Como actividad recreativa acude cada mes al cine.

- **Factores del Sistema Familiar (Composición/Rol/Relación)**

Tipología: Familia monoparental de padres separados/Seminuclear

Roles Familiares: Flexibles/Complementarios

Sistema de Valores: Se les inculca y enseña a respetar a los demás en todos los aspectos. La adolescente coopera con las tareas domésticas y el niño participa con tareas de acuerdo a su edad, tareas pequeñas como levantar la ropa u ordenar objetos dentro de la casa, así mismo se les exige hacer tareas escolares y se les fomenta la responsabilidad en ellas.

Proceso de Comunicación: La comunicación actualmente se encuentra deteriorada ya que la Sra. L.M.L. refiere que le cuesta trabajo hablar con su hija, aunque dice interesarle mucho su bienestar. La hija dice sentir que convivencia con la actual pareja de la Sra. ha

hecho que haya distanciamiento entre ella y su mamá, dice no tenerle mucha confianza para comentarle sus cosas porque teme su enojo.

Estructura del Rol y del Poder: La Sra. L.M.L. cumple el rol de jefe familiar, ya que solo cuenta con su ingreso económico de manera formal, toma las decisiones para con ella y sus hijos.

Función Afectiva: La Sra. L.M.L. refiere querer mucho a sus hijos pero dice tener dificultad para demostrarles su cariño. Se molesta fácilmente, menciona no tener tolerancia cuando tienen mal comportamiento y proceden castigos físicos como nalgadas; la adolescente se encuentra un poco distanciada de su madre la Sra. L.M.L. ya que no acepta a su nueva pareja.

Función de Socialización: Al momento de platicar con a la adolescente, la Sra. L.M.L. Interrumpió y hubo la necesidad de cortar la entrevista con la niña, se observa forzada la relación entre la pareja de la señora y la hija. El hijo menor parece disfrutar de la convivencia con esta persona. En general tienen buena convivencia con sus vecinos y sus compañeros de trabajo, menciona que su jefe la apoyado mucho en relación con sus hijos.

Función Reproductora: La separación reciente entre la Sra. y su esposo tiene 3 meses, aunque la señora refiere haberse divorciado hace más tiempo. La orientación sexual que recibe la familia es por medio de la escuela, libros y amistades. La Sra. también comenta que asiste al ginecólogo con regularidad y el resuelve las dudas que pudieran surgir.

Función Económica: El ingreso económico principal es por parte del Agente de Autocuidado L.M.L, aunque dice que el ex esposo coopera con algunos gastos de los niños.

Función de la Atención a la Salud: La familia asiste a la clínica de ISSSTE que le corresponde por zona y en algunas ocasiones a clínica particular, realiza baño y cambio de ropa diario de ella y sus hijos; la limpieza bucodental la realizan dos veces al día; refiere darle buen manejo a los materiales tóxicos, eliminación adecuada de basura y cualquier anomalía encontrada le da atención rápida; sin embargo no conoce los servicios de emergencia con los que dispone.

- **Patrón de Vida, Incluyendo las Actividades en las que se Ocupa Regularmente.**

La Sra. L.M.L. es trabajadora administrativa desde hace 9 años, cubriendo un horario de 8:00 a 15:00hrs en la ENEO y ama de casa el tiempo restante.

A la adolescente le gusta jugar a las escondidillas, ver en el canal 5 el programa de l'Carly y en ocasiones el canal 9 la hora Pico, comenta que ve a su papa sábados y domingos y que le gustaría vivir con él, le gusta leer cuentos, principalmente cuentos que le regalo su papá como Gigantes de la Montaña, las 3 Monedas de Oro y el Manantial, le gustan las plantas con flores y le da miedo la oscuridad, al niño de 4 años estudia actualmente prescolar y se adapta a la convivencia.

- **Factores Ambientales y Disponibilidad de los Recursos**

El domicilio de este caso se encuentra ubicado en canal de Apatlaco Mz-1 Lt-14 int-4 Barrio san Gregorio, Delegación Xochimilco, aproximadamente con un tiempo de traslado de la escuela a domicilio de 90 minutos tomando 3 medios de transportes.

La casa es propia, herencia del papá del Agente de Autocuidado; la vivienda Cuenta con 5 cuartos separados entre sí; cocina y comedor, cuarto de lavado, dormitorio, cuarto de herramientas y baño completo. El material de construcción es tabicón y cemento, la cocina con techo de lámina de asbesto, el baño y cocina tienen ventanas, el dormitorio no cuenta con ventilación; la construcción es de un solo nivel, cuenta con un patio amplio sin pavimentar con residuo forestal, en él, se encuentran dos juegos infantiles grandes y un árbol de manzanas, no cuenta con bardas que protejan a la vivienda, sólo con maya ciclónica, piedras de cantera y la puerta principal cerrada con un candado. El agua la almacenan en 2 tinacos (rotoplas) de 2,500 lts de capacidad, ubicados en el techo del baño ya que no cuentan con tuberías en los demás cuartos pero si con luz eléctrica en todas las áreas.

La vivienda colinda al norte con el Canal de Apatlaco, es una zona semiurbana, con terrenos baldíos y en proceso de construcción; los terrenos son planos y las calles están sin pavimento. Los integrantes de la familia comentan que por las mañanas y noches la temperatura disminuye, que les provoca IRAS (infecciones de vías respiratorias). El acceso a la zona es difícil ya que las calles no tienen nombre ni numeración y sólo el transporte público llega a la avenida principal Nuevo León.

7.2. Valoración de Redes Sociales y de Apoyo de la Familia V.M.

7.2.1 Ecomapa Familiar

El Agente de Cuidado Dependiente es el soporte Central de la Familia, ya que de ella dependen sus dos hijos aunque también la adolescente realiza algunas acciones de autocuidado para ella y para su hogar. Se pueden observar redes de apoyo solidas, como el Sistema de Salud, las prestaciones económicas y de consentimiento en su trabajo, apoyo para el cuidado y educación de los niños de familiares y escolar ¹⁹⁵

7.2.2 Genomapa Familiar

Familia Interrumpida, sin embargo goza de intimidad familiar en su propio hogar, cuenta con posibles redes de apoyo en sus dos hermanos. ¹⁹⁶

7.2.3. Genomapa Funcional.

Se observan las Interacciones de la familia; se muestra una nueva relación después de la separación, mostrando la interacción moderada entre la nueva pareja y la hija, mermando la integración familiar. Sin embargo el nuevo miembro podría convertirse en una nueva red de apoyo emocional y económico después del proceso de adaptación. ¹⁹⁷

¹⁹⁵ Anexo 2

¹⁹⁶ Anexo 3

¹⁹⁷ Anexo 4

7.3 Requisitos de Autocuidado Universal

- **Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Aire**

La vivienda cuenta con ventilación, ya que es espaciosa cuenta con un patio amplio. En el hogar no se fuma pero aun así el Agente de Cuidado Dependiente, presenta disnea cuando realiza recorridos aunque sea caminando, refiere no fumar. Realiza medidas de protección como abrigarse y asistir al médico, para ella y sus hijos cuando se les diagnostica enfermedades respiratorias.

- **Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Agua**

El agua para uso general es de la red y para beber se utiliza, en ocasiones hervida o se le pone un cuarto de hipoclorito de sodio al tinaco de 2.500lts de capacidad. También menciona que su tía que vive en la misma calle le ayuda a recolectar el agua. La Sra. consume un litro de agua, su hija refiere no gustarle los refrescos y tomar también un litro por día, al niño no le saben calcular la cantidad pero dicen que toma agua suficiente; Aunque en la primera entrevista menciono la señora tomar poca agua y consumir 4 refrescos en promedio en una semana.

- **Mantenimiento de un Aporte Suficiente de Alimentos**

Los alimentos son preparados en su mayoría por el Agente de Cuidado Dependiente en casa, y pocas veces en la calle, el consumo de frutas es de dos a la semana, verduras dos a la semana, carnes rojas dos a la semana carne blanca dos a la semana, huevo tres a la semana, embutidos rara vez lácteos dos a la semana, cereales y harinas siete a la semana.

- **Provisión de Cuidados Asociados con los Procesos de Eliminación y los Excrementos**

Refiere presentar estreñimiento en raras ocasiones y cuadros de diarrea 3 veces por año, casi siempre de características amarillentas y fétidas. En cuanto a la eliminación urinaria en ocasiones presenta disuria y urgencia con olor penetrante y apariencia turbia.

- **Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo**

Dice no hacer ejercicio, la Señora refiere dormir 6 horas al día de las cuales cree descansar solo 4, manifiesta insomnio. Trabaja 8 horas diarias en institución gubernamental en el turno matutino, niega actividades culturales, deportivas y/o hobbies.

- **Mantenimiento del Equilibrio entre la Sociedad y la Interacción Social.**

Convive con la familia la mamá y los hijos; se reúne una vez a la semana con familiares (tía y primo). En ocasiones la hija se aísla de los demás principalmente en las fiestas.

La Sra. define su personalidad como introvertida, no participa en grupos y actividades sociales, refiere que tiene dificultad verbal para expresarse o relacionarse, aunque la escritura se le facilita.

En inicio de las relaciones interpersonales no inicia ella el contacto, en caso de alguna necesidad o emergencia acude a amigos, generalmente compañeros de trabajo.

- **Prevención de Peligros para la Vida, el Funcionamiento Humano, y el Bienestar Humano.**

Realizan acciones orientadas al cuidado de la salud, como abrigarse adecuadamente en época de frío, la higiene bucal esta dentro de lo aceptable (cepillado 2 veces por día, uso de hilo dental) y visita al odontólogo por curación.

- **Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grandes grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.**

Considera que su autoestima es normal, que se siente bien con ella misma y bonita.

7.3.1. Requisitos de Autocuidado en la Desviación de la Salud/Agente de Cuidado Dependiente

- **Buscar y Asegurar la ayuda Médica Apropriada en Patologías Específicas.**

El Agente de Cuidado Dependiente refiere estresarse constantemente y tener cambios de humor, al momento de que platica algunas vivencias, se nota triste y llora con facilidad. Comenta que le han diagnosticado trastorno bipolar (no por un experto) y en ocasiones ella se lo ha creído lo que queda en duda.

- **Ser consciente de los Efectos y Resultados de las Condiciones y Estados Patológicos**

Esta consciente de que emocionalmente se encuentra afectada por el incumplimiento de rol de pareja y la falta de comunicación con su hija adolescente.

- **Realizar Eficazmente las Medidas Diagnósticas, Terapéuticas y de Rehabilitación Medicamente Escritas**

Si, aunque menciona que le gustaría que se le brindara mas apoyo de alguna persona especializada, que le ayudara realmente a conocer su problema y potencial para salud adelante.

- **Ser Consiente de los Efectos Molestos o Negativos de las Medidas Terapéuticas y de Rehabilitación Medicamente Prescritas.**

Se encuentra dispuesta a realizar las acciones necesarias para la recuperación del entorno saludable en su familia.

- **Modificación del Auto concepto de Autoimagen aceptándose como un Ser con un Estado particular de Salud que requiere formas Específicas de Cuidado**

La Sra. acepta las Acciones preventivas Integradas a realizar como segunda parte de la valoración.

- **Aprender a Vivir con los Efectos de Condiciones y Estados Patológicos y los efectos de las Medidas Diagnósticas y Terapéuticas en un Estilo de Vida, que promueva el Desarrollo Personal Continuo.**

Se encuentra en proceso de aceptación y dispuesta a modificar el estilo de vida, dentro del núcleo familiar

7.3.2 Déficit de Autocuidado

La presencia de una de las siguientes condiciones, o de una combinación de ellas, constituiría una evidencia de que existe un déficit de autocuidado:

- **Falta de Ocupación Continuada en el Autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los Requisitos de Autocuidado.**

La falta de tiempo por las cuestiones laborales y la distancia del centro de Xochimilco a la vivienda de la familia V.M. ha mermado en acciones para el autocuidado, como el asistir al odontólogo regularmente, asistir algún centro para realizar actividades físicas y así mismo al médico familiar o al psicólogo, para el adecuado diagnóstico de la bipolaridad de la Sra. V.M y para ayudar a sobrellevar el divorcio.

- **Limitaciones para el Juicio y Toma de Decisiones sobre el Autocuidado asociadas con la falta de conocimiento y de familiaridad con las condiciones internas o externas.**

El Agente de Cuidado Dependiente es quien se encarga de realizar las acciones para el cuidado de sus hijos, de manera empírica, sin embargo desconocía las acciones específicas que se deben de realizar para cada grupo de edad, primordialmente para la alimentación y el patrón del sueño; y los beneficios que otorga el tener una Cartilla de Salud en donde se registre cada una de las acciones pertinentes.

- **Acontecimientos indicadores de funcionamiento desordenado o alterado, que dan lugar a nuevos Requisitos de Autocuidado de**

Desviación de la Salud y al ajuste de uno o más Requisitos de Autocuidado Universal.

La alimentación no es la adecuada por la detección de pre obesidad en la familia, así mismo el patrón del sueño esta alterado, no por la horas del sueño empleadas, si no por estrés que genera el divorcio y que se ve mermado no solamente en este rubro sino en las relaciones interpersonales con los demás individuos de la familia.

- **Necesidad de los individuos de incorporar en sus Sistemas de Autocuidado medidas de Autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.**

Necesidad de asistencia y orientación al especialista de la salud, para sobrellevar el divorcio/Necesidad de acciones y entrenamiento para conciliar el sueño/Necesidad de conocimiento para la alimentación balanceada y adecuada.

7.4 Valoración Atención Preventiva Integrada

Se llevaron a cabo las Atención Preventiva Integrada para la complementación de la valoración e intervenciones de Enfermería y para el reforzamiento del Sistema Apoyo Educativo para la salud en la Familia V.M., brindándoles a cada miembro la Cartilla de Salud correspondiente a la edad de vida y así mismo fomentar y reforzar la corresponsabilidad de la familia en el cuidado de su salud y seguir estimulando el empoderamiento de la misma (Tabla 1, 2, 3,4)

Tabla 1

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
Aplicar la atención preventiva Integrada en cada uno de los miembros de la familia.	<p>Otorgar Cartilla de Salud y Guías para el cuidado de la salud.</p> <p>Verde: Salud del niño de 0 a 9 (menores de 10 años) Azul Agua: Salud del adolescente (10–19 años) Rosa: Salud de la mujer (20–59 años)</p> <p>Registrar cada una de las actividades realizadas en la cartilla de Salud.</p>

Tabla 2

SALUD DE LA MUJER: DE 20 A 59 AÑOS	
Aplicar la atención preventiva Integrada en cada uno de los miembros de la familia.	<p>Promoción de la salud Educación para el cuidado de la salud: Entregar la Cartilla de Salud y Guía para el Cuidado de la Salud Invitar a la lectura de temas relacionados al cuidado de la salud de la mujer</p> <p>Nutrición Medir peso, estatura y cintura. Evaluar el estado nutricional</p> <p>Prevención de Enfermedades por Vacunación Evitables por vacunación: Tétanos Difteria Sarampión Rubéola</p> <p>Detección Oportuna de Enfermedades</p>

<p>Aplicar la atención preventiva Integrada en cada uno de los miembros de la familia.</p>	<p>Cáncer de mama: Realizar exploración mamaria clínica</p> <p>Cáncer cérvico uterino: Realizar Papanicolaou</p> <p>Diabetes mellitus: Realizar toma de Glicemia Capilar</p> <p>Hipertensión: Tomar Presión Arterial</p> <p>Colesterol: Realizar muestra capilar.</p> <p>Salud reproductiva: Promocionar métodos anticonceptivos</p>
--	---

Tabla 3

<p align="center">SALUD DEL ADOLESCENTE: DE 10 A 19 AÑOS</p>	
<p>Aplicar la atención preventiva Integrada en cada uno de los miembros de la familia.</p>	<p>Promoción de la Salud Educar para el cuidado de la salud:</p> <p>Accidentes y violencias, explicar sobre cómo es la violencia en la escuela y en la familia.</p> <p>Otorgar material didáctico.</p> <p>Adicciones: Informar sobre la utilización de cigarro y el alcohol</p> <p>Salud sexual con enfoque de género: Explicar la menstruación y los cambios físicos durante esta etapa de edad. Informar sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>Nutrición Detectar sobrepeso y obesidad con registro anual de peso y talla Desparasitación intestinal:</p> <p>Otorgar albendazol infantil y para adulto; las indicaciones de toma y la orientación correspondiente: Tomarlo de preferencia el fin de semana, lavar sábanas y baño al otro día.</p> <p>Prevención y Detección Oportuna de Enfermedades</p>
<p>Aplicar la atención preventiva Integrada en</p>	<p>Completar Esquema de Vacunación.</p>

<p>cada uno de los miembros de la familia.</p>	<p>Salud bucal:</p> <p>Informar sobre la asistencia al odontólogo para la detección de Caries dental. Informar y capacitar sobre el cepillado correcto de las piezas dentales Aplicar de Flúor Otorgar pastillas reveladoras de placa dentobacteriana.</p>
--	---

Tabla 4

<p>SALUD DEL NIÑO DE 0 A 9 AÑOS.</p>	
<p>Aplicar la atención preventiva Integrada en cada uno de los miembros de la familia.</p>	<p>Promoción de la Salud</p> <p>Capacitar a la madre: Prevenir de accidentes y violencia, por medio de material didáctico.</p> <p>Nutrición</p> <p>Vigilar de crecimiento y desarrollo:</p> <p>Medir de Peso y talla ya registrados en el apartado de valoración de este trabajo</p> <p>Desparasitación intestinal:</p> <p>Otorgar albendazol infantil y para adulto; las indicaciones de toma y la orientación correspondiente</p> <p>Prevención y Control de Enfermedades</p> <p>Completar Esquema de Vacunación:</p> <p>Informar sobre la asistencia al odontólogo para la detección de Caries dental. Informar y capacitar sobre el cepillado correcto de las piezas dentales Aplicar de Flúor</p> <p>Detección de enfermedades:</p> <p>Evaluar la agudeza visual a los niños por medio de la utilización de la escala de Snellen.</p>

7.4.1 Resultados de la Implementación de la Atención Preventiva Integrada

7.4.1.1 Mujer 31 años de Edad

- **Promoción de la salud**

El Agente de Cuidado Dependiente mostro interés en la realización de las acciones y expreso que estaba muy bien que en la cartilla de salud se registraran las acciones y también se explicara cada cuando se tenían que realizar. Que esto le daba una base importante para cuidar y llevar un control de la salud de ella y sus hijos.

- **Nutrición**

IMC: $69 / (1.60)^2 = 26.9$ (Sobrepeso)

Peso: 69 Kg

Talla: 1.60 cm

Cintura 82

Se les proporciono albendazol y se le informo sobre las indicaciones de uso.

- **Prevención y Control de Enfermedades**

Vacunación contra Td. Refuerzo

- **Detección Oportuna de Enfermedades**

El resultado del Papanicolaou fue Neg II a cáncer con proceso inflamatorio de dos cruces. La exploración mamaria se realizó sin arrojar resultado anómalo.

Detección de Diabetes Mellitus en 95 mg/dl

Detección de Hipertensión Arterial 110/70 mm/Hg

Colesterol 200 mg/dl

- **Salud Reproductiva**

Se le recomendó el uso del DIU sin embargo menciona que le hizo mal hormonalmente cuando lo implantaron por lo que prefiere preservativo.

7.4.1.2 Niño de 4 años de Edad

- **Promoción a la Salud**

Se orientó a la madre sobre la entrega de la cartilla y sus diferentes apartados

- **Nutrición**

Peso 17 kg
Estatura 105
Peso normal

- **Prevención y Control de Enfermedades**

Esquema Completo de Vacunación para la edad.

Salud Bucal

El niño en etapa preescolar mostro interés en el cepillado dental el cual reprodujo de manera positiva, hubo problemas con la aplicación de flúor ya que el sabor le fue desagradable.

- **Detección Oportuna de Enfermedades**

Visión de 20/20

Se recomienda asistir al Médico de Clínica de Medicina Familiar.

7.4.1.3 Adolescente de 11 años de edad.

- **Promoción a la Salud**

Platica educativa sobre violencia en la escuela y adicciones

- **Nutrición**

IMC 49 Kg/ (1.47)²

Peso 35 Kg

Talla 1.29 cm

IMC= 22.68 Sobrepeso

- **Prevención y Control de Enfermedades**

Esquema de vacunación Completo sin embargo se explica el nuevo esquema cuando se cumplan los 12 años de edad.

La adolescente en etapa escolar presento interés en el cepillado dental y se le enseñó el uso de las tabletas reveladoras para la detección de caries.

- **Detección Oportuna de Enfermedades.**

Visión de 20/20. Sin embargo menciona que a veces siente basuritas en sus ojos, por lo que se invita a asistir con el Médico Familiar.

- **Salud Reproductiva**

Menciono que en su escuela le hablan de educación sexual y que conoce el condón que evita enfermedades de transmisión sexual. La orientación sexual se dio en conjunto con la madre.

7.5 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

7.5.1. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FAMILIAR
<p>Desequilibrio Nutricional por exceso relacionado con la ingesta de cantidades superiores a una dieta balanceada de carbohidratos y grasas, manifestado por pre obesidad en la madre e hija de la familia V.M.</p> <p>Requisito alterado. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos</p> <p>Sistema de Enfermería Apoyo educativo</p>

PLANEACIÓN	
7.5.1.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
<p>Establecer una correcta aportación suficiente de alimentos</p>	<p>Otorgar información didáctica escrita y video-grabada sobre el plato del bien comer y la jarra del buen beber.</p> <p>Asesorar a la Agencia de Autocuidado sobre como realizar la sustitución de alimentos por medio de material didáctico.</p> <p>Brindar ejemplos de menús económicos y familiares con las características del plato del bien comer.</p>
<p>Alcanzar peso ideal de la madre y la hija</p>	<p>Determinación de la cantidad de pérdida de peso deseada y adecuada de la hija de la Sra. L.M. L.</p> <p>Fomentar la actividad física con ejercicio Físico</p> <p>Ayudar en la selección de actividades físicas</p> <p>Valorar después de 3 meses el peso e índice de masa corporal de ambos miembros de la familia, iniciando del 13 de diciembre del 2011 al 13 de marzo del 2012.</p> <p>Revalorar intervenciones</p>

7.5.1.2. FUNDAMENTACIÓN: ESTABLECER UNA CORRECTA APORTACIÓN SUFICIENTE DE ALIMENTOS

Completa: Que contenga todos los nutrimentos. Se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos.

Equilibrada: Que los nutrimentos guarden las proporciones apropiadas entre sí.

Inocua: Que su consumo habitual no implique riesgos para la salud, porque está exenta de microorganismos patógenos, toxinas y contaminantes y se consuma con moderación.

Suficiente: Que cubra las necesidades de todos los nutrimentos.

Variada: Que incluya diferentes alimentos de cada grupo en las comidas, ajustada a sus recursos económicos, sin que ello signifique que se deban sacrificar sus otras características.

1. Dentro de un grupo, los alimentos son equivalentes (sustituibles), pero no complementarios. Dicho de otra forma, la complementación ocurre entre grupos, no dentro de ellos, y la sustitución se da dentro de cada grupo y no entre ellos. Brinda así mismo opciones para evitar alimentos nocivos altos en grasa y harinas.
2. La otorgación de menús brinda la forma concreta de como debe de ser la alimentación correcta.

FUNDAMENTACIÓN: ALCANZAR PESO IDEAL DE LA MADRE Y LA HIJA

- Establecimiento de metas reales sobre la pérdida de peso, motiva a la persona a seguir un régimen.

1. La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere un gasto de energía. La inactividad física (sedentarismo), ha sido identificada como el cuarto factor de riesgo importante para la mortalidad mundial (6% de las muertes a nivel mundial). Por otra parte, la inactividad física se estima que es la principal causa de aproximadamente el 21-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de la diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de enfermedad isquémica del corazón.

-Niveles regulares y adecuados de actividad física en los adultos:

Reducir el riesgo de hipertensión, enfermedad coronaria del corazón, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, cáncer de mama, y cáncer de colon, la depresión y el riesgo de caídas; mejorar la salud ósea y funcional, y son un factor determinante del gasto de energía, y por lo tanto fundamental para el equilibrio energético y el control de peso.

El término "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio". El ejercicio, es una subcategoría de la actividad física que es planificada, estructurada y repetitiva; y con un propósito en el sentido de la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la condición física es el objetivo. La actividad física incluye ejercicios, así como otras actividades que implican movimiento corporal y se realizan como parte del juego, trabajo, transporte activo, las tareas domésticas y las actividades recreativas.

-Los niveles recomendados de actividad física para los niños de 5 - 17 años:

Para los niños y los jóvenes, la actividad física incluye el juego, deportes, transporte, tareas, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de las actividades de la familia, la escuela y la comunidad.

Con el fin de mejorar la aptitud cardiorrespiratoria y muscular, la salud ósea, y los biomarcadores de salud cardiovascular y metabólica:

Los niños y jóvenes entre 5-17 años deben acumular por lo menos 60 minutos de moderada a vigorosa intensidad de actividad física diaria.

Las cantidades de actividad física superior a 60 minutos, proporciona beneficios adicionales para la salud.

La mayor parte de la actividad física diaria debe ser aeróbica. Físicas, intensas actividades deberían incorporarse, incluyendo aquellos que fortalecen los músculos y * ósea, al menos 3 veces por semana¹⁹⁸.

En los adultos de 18-64, la actividad física incluye el tiempo libre (por ejemplo: caminar, bailar, jardinería, excursionismo, natación), transporte (por ejemplo, caminar o andar en bicicleta), profesionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados, en el contexto de las actividades de la familia todos los días, y la comunidad. Con el fin de mejorar la aptitud cardiorrespiratoria y muscular, la salud ósea y reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y la depresión:

Los adultos de 18-64 deben hacer por lo menos 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, actividad física durante toda la semana o hacer al menos 75 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad vigorosa, actividad física durante toda la semana o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa intensidad¹⁹⁹.

¹⁹⁸ WHO, (2011), Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Physical Activity and Young People, Recuperado 25 de noviembre del 2011, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en

¹⁹⁹ WHO, (2011), Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Physical Activity and Young People, Recuperado 25 de noviembre del 2011, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en

La actividad aeróbica se debe realizar en periodos de al menos 10 minutos de duración. Para beneficios adicionales para la salud, los adultos deben incrementar su actividad física aeróbica de intensidad moderada a 300 minutos a la semana, o participar en 150 minutos de intensidad vigorosa actividad física aeróbica a la semana, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa intensidad.

Actividades de fortalecimiento muscular debe hacerse involucrando grandes grupos musculares en 2 o más días a la semana.

Estas recomendaciones son relevantes para todos los adultos sanos de 18-64 años, a menos que las condiciones médicas específicas indiquen lo contrario. Son aplicables a todos los adultos, independientemente del nivel de género, raza, origen étnico o ingresos. También se aplican a los individuos en este rango de edad, con afecciones crónicas no transmisibles no relacionadas con la movilidad, tales como la hipertensión o la diabetes.

Hay varias formas de acumular el total de 150 minutos por semana. El concepto de acumulación se refiere al cumplimiento del objetivo de 150 minutos por semana mediante la realización de actividades en múltiples episodios más cortos, de por lo menos 10 minutos cada uno, distribuidos por toda la semana, después añadiendo juntos el tiempo transcurrido durante cada uno de estos episodios: por ejemplo, 30 minutos de moderada actividad de intensidad 5 veces por semana.

Beneficios de la actividad física para adultos

En general, una fuerte evidencia demuestra que en comparación con los hombres adultos menos activos y las mujeres, las personas que son más activos:

Tienen tasas más bajas de mortalidad por cualquier causa, la enfermedad coronaria del corazón, alta presión sanguínea, apoplejía, diabetes tipo 2, el síndrome metabólico, cáncer de colon y de mama, y la depresión; es probable que tengan un menor riesgo de una fractura de cadera o vertebral; muestran un mayor nivel de aptitud cardiorrespiratoria y muscular, y son más probabilidades de lograr el mantenimiento de peso, tienen una masa corporal saludable y la composición²⁰⁰.

²⁰⁰ Ibíd. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en

**7.5.1.3. EJECUCIÓN: ESTABLECER UNA CORRECTA
APORTACIÓN SUFICIENTE DE ALIMENTOS**

En tres visitas a la familia se le proporciono videos para niños y adultos con la temática del plato del buen comer y ejemplos de la elaboración de menús; en USB; los cuales fueron vistos en el domicilio de la Agencia de Autocuidado y sus hijos, así mismo se le entrego información por escrito y se resolvieron dudas.

EJECUCIÓN: ALCANZAR PESO IDEAL DE LA MADRE Y LA HIJA

Se realizo medición de peso y talla para la determinación del índice de masa corporal después de la fecha establecida, así mismo se acompañó a la familia a realizar actividades físicas como realizar ejercicios de estiramiento y de bajo impacto el día 6 de abril del 2012.

7.5.1.4. EVALUACIÓN: ESTABLECER UN PATRÓN ALIMENTICIO SALUDABLE

Se realizó otra visita el día 7 de julio del 2012 para evaluar el uso de los menús y se le pidió que mencionara un ejemplo de la sustitución de alimentos, el cual fue medianamente realizado, por lo que se tuvo que volver a retomar la información, sin embargo hay que seguir reforzando en un futuro la información y se valoro la intención de asistir a un nutriólogo, la cual fue un tanto rechazada por la agencia de autocuidado por la falta de tiempo y dinero.

EVALUACIÓN: ALCANZAR PESO IDEAL DE LA MADRE Y LA HIJA

Se realizó la visita esperada el 13 de marzo del 2012 en el domicilio de la agencia de autocuidado para la revaloración de peso y talla, el cual no tuvo el éxito esperado ya que se aumento en promedio 2 kilos en la madre y 1.5 kilos en la hija, las cuales mencionaron que por las fechas festivas tienden a comer un poco más sin embargo el entusiasmo por seguir con el plan de intervención siguió en pie y se estableció una nueva fecha el 16 de junio, teniendo la perdida de peso de los 2 kilogramos anteriores; de la madre al peso original, al de la hija no se pudo valorar por que cambio de domicilio con el padre de familia.

7.5.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA FAMILIAR

Trastorno del Patrón del Sueño relacionado con conflictos emocionales de la agencia de autocuidado, manifestado por quejas de no sentirse bien descansado, cambios de humor y estrés.

Requisito alterado.

Equilibrio entre la actividad y reposo.

Sistema de Enfermería

Apoyo/Educativo

PLANEACIÓN

7.5.2.1. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
Establecer equilibrio entre la actividad y reposo	Fomentar en el paciente el establecimiento de una rutina antes de ir a dormir, para favorecer el sueño por medio de material didáctico Fomentar la actividad Física para lograr conciliar el sueño. Revalorar intervenciones

7.5.2.2. FUNDAMENTACIÓN: ESTABLECER EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y REPOSO

Generalmente lo que hacemos está influenciado por el momento y el lugar en que estamos. Los estímulos o características de una situación se relacionan con las conductas que tienen lugar en ella; entonces, las características de la situación se convierten en señales o claves para esas conductas. La terapia del control de estímulos, busca eliminar los comportamientos incompatibles con la inducción del sueño, enseñar a re asociar la cama y la habitación con un comienzo rápido del sueño y regular el ciclo sueño-vigilia.

Las normas de higiene del sueño son las siguientes:

- a. Acuéstese sólo cuando esté somnoliento.
- b. Levántese a la misma hora todos los días, incluyendo los fines de semana.
- c. No duerma siestas.
- d. No beba alcohol en las dos horas previas a acostarse.
- e. No consuma cafeína en las seis 6 horas previas a acostarse. Aprenda cuáles alimentos, bebidas y medicamentos contienen cafeína.
- f. No fume antes de dormir.
- g. Haga ejercicio regularmente ya que libera endorfinas en el organismo que proporcionan sensación de bienestar y aunado al cansancio de la actividad, producen relajación.
- h. Busque un entorno confortable (intensidad de luz, nivel de ruido, temperatura de la habitación, calidad de la almohada y el colchón).
- i. Ingiera una pequeña porción de carbohidratos antes de la hora de acostarse²⁰¹.

Las instrucciones sobre el control de estímulos son estas:

- a. Utilice la cama solamente para dormir.
- b. Establezca una rutina antes de acostarse.
- c. Si no puede dormirse en 15 minutos luego de acostarse, levántese y dedíquese a una actividad diferente hasta que esté somnoliento.
- d. En caso de no dormirse en 15 minutos al regresar a la cama, repita la secuencia anterior cuantas veces sea necesario.

Para asegurar el cumplimiento de las instrucciones ponga primero sobre aviso al paciente de lo difícil que es seguirlas y de que el éxito de la terapia no se notará durante la primera semana²⁰².

Técnicas cognitivas:

Son elementos educativos para hacer disminuir la ansiedad del paciente con respecto al sueño, pues dicha ansiedad le dificulta en gran medida conciliarlo se produce el círculo vicioso auto perpetuado de no dormir y preocuparse por ello.

- a. Restructurar los pensamientos negativos acerca de la falta de sueño.

²⁰¹ Cano. J., García, J., Óp. cité. P. 68

²⁰² Ibíd. pág. 69

- b. Descatastrofizar el insomnio.
- c. Identificar los problemas que no son causados por el insomnio.
- d. Reemplazar los pensamientos mal adaptativos con respecto al insomnio por otros que sean más funcionales.

La técnica de restricción del sueño, busca entonces optimizar el tiempo en cama para llegar a la meta de un sueño reparador

Se le dan al paciente las siguientes instrucciones:

- a. Establezca el tiempo total de sueño.
- b. Restrinja el tiempo en cama al tiempo total de sueño, sin importar cuánto duerma.
- c. Aumente progresivamente el tiempo en cama; se recomiendan 15 minutos más por semana hasta llegar a un máximo de tiempo total de sueño igual al 85% del tiempo total en cama.

Técnicas de relajación y biorretroalimentación

- a. Relajación muscular progresiva.
- b. Autor relajación.
- c. Entrenamiento en respiración.
- d. Auto hipnosis.²⁰³

7.5.2.3. EJECUCIÓN.

En dos visitas a la familia el 7 de abril 2012 se le proporciono a la Agencia de autocuidado material didáctico, sobre los puntos de como puede ella restablecer el patrón del sueño.

7.5.2.4. EVALUACIÓN

La agencia de Autocuidado menciona que con estas medidas si fue más fácil conciliar el sueño, sin embargo necesita asesoría de como superar la parte emocional de su divorcio, por lo que se revaloró la decisión de ayuda psicológica, y se le proporcionó un libro sobre como superar las pérdidas, el cual menciono en la visita del 16 de junio del 2012, que le había sido de gran ayuda.

La preocupación siguió por la decisión de su hija por cambiarse de domicilio con su padre por lo que se tendrá que revalorar la situación posteriormente.

²⁰³ Cano. J., García, J., Óp. cité. P. 69

8. CONCLUSIONES

En mi punto particular de vista; es en la elaboración de los casos de familia y la Atención Preventiva Integrada; en donde la labor de la enfermería Especializada en salud Pública; adquiere real importancia, entregando las herramientas necesarias para disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección a la salud, a través de estrategias destinadas a obtener individuos, familias y comunidades sanas.

La obtención de datos fue recabada gracias a la colaboración de la Sra. L.M.L, la cual mostro interés y otorgó todas las facilidades para la realización de este trabajo, así mismo la aplicación de la Teoría del Autocuidado es complementada con Atención Preventiva Integrada, ya que proporciona parámetros de valoración física, específicos en la población Mexicana.

La visita domiciliaria es una poderosa arma, ya que permite conocer a la familia en su propio entorno, tal cual es, como un todo, y también permite conocer a sus integrantes en forma individual, proporcionando atención de calidad y humanista a cada una de las necesidades de los mismos, así mismo las acciones implementadas de la Atención Preventiva Integrada fueron exitosas, sin embargo se requiere de un seguimiento para el reforzamiento de las mismas para lograr los cambios de estilos de vida y el empoderamiento mismo de la salud, en este núcleo familiar.

Por otra parte, le da más seguridad a las personas, pues las intervenciones se realizan en terreno conocido, en su ambiente cotidiano, que le permite desenvolverse con más soltura y quizás de esta forma interiorizar de forma más efectiva y provechosa, la atención requerida en el domicilio. Además comprueba la cercanía que produce esta estrategia de atención y seguimiento, entre el personal de salud y el individuo, una relación horizontal y muy respetuosa, con retroalimentación en ambos sentidos, que además produce una gran satisfacción,

al palpar los resultados obtenidos, como también personal, por el logro de una relación realmente enriquecedora, en la que el profesional de enfermería pone en práctica el arte de trabajar en forma integral con el más valioso, noble y complejo material: las personas.

La Implementación de Atención Preventiva Integrada y cada una de las acciones contenidas en ella utilizadas en este trabajo, hacen una aportación importante a la Especialización de la Salud Pública en Enfermería, ya que al ser realizada por enfermeras, en lo personal y profesional, concretiza la acción de las Enfermeras Salubristas en la Sociedad y en los Sistemas de Salud; partiendo desde Alma-Ata y la Atención Primaria a la Salud, cada vez queda mas claro el hecho de que tipo de actividades se tienen que realizar para la atención de los individuos en este rubro, así mismo otorga una sistematización detallada de como se tienen que brindar dichas atenciones logrando que la Enfermera en Salud Publica despliegue horizontes de atención, no sólo “aplicando vacunas”, si no participando en el cambio de la salud del país, Previendo las Enfermedades y Fomentando Estilos de Vida Saludables.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ackerman, W., (1982), Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Buenos Aires, Horme-Paidos, 55-113
2. Adolescentes PREVENIMSS, (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de Noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/adolescentes.aspx>
3. Cano. J., Garcia, J.,(2005), Insomnio Enfoque Diagnostico y Terapéutico, *Iatreia* 18(1), 60-70
4. Cámara de Diputados, (2011) Ley General de Salud; Texto Vigente; Última Reforma Publicada DOF 16-11.
5. Caparros N: Crisis en la Familia, (1981), Madrid, Fundamentos, 45-50
6. Cartillas Nacionales de Salud (2012), Recuperado junio 2012, <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas.html>
7. Cavanagh. J., (1993), Modelo de Orem, Aplicación Práctica, Masson-Salvat, 32-45
8. Diccionario de la Lengua Española (2009), Vigésima Segunda Edición, <http://lema.rae.es/drae/>
9. Epstein. B, Bishop. S., (1981), Problem Centered Systems Therapy of the Family. Theraphy. New York, Brunner-Mazcl, 59-75
10. Gobierno Federal, Cartilla de Salud (2012), Adolescentes de 10 a 19 años, Cartilla Nacional de Vacunación, Recuperado 25 de junio 2012, http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/cartilla_adolescentes.pdf
11. Gobierno del Estado de México, Secretaria de Salud, Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico, Recuperado 7 de mayo 2013, <http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/cartapacientes.htm>
12. Gode, J., (1982), La Familia como Elemento en la Estructura Social, México, UTHEA, 12-18.
13. Gómez, J., et al (1999) Selección y Análisis de Instrumentos para la Evaluación Familiar. *Arch Med Fam*, 1 (2), 45-47
14. Guías de Salud del IMSS, (2008), <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/index.aspx>
15. Hennessy. D., Gladin. L., (2006), Report on the Evaluation of the WHO Multi-country Family Health Nurse Pilot Study, Regional Office Europe, 5-170

16. Hernández. R., (2011), Estudio de Familia, Teoría del Déficit del Autocuidado como Base Educativa para Modificar Actitudes que Ayuden a la Familia a Recuperar la Salud, 1-72
17. Herrera, C., (2008), Caso Clínico 08-15-5, Rev. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Medicina Familiar, 15(5), 110-113
18. Histórico de las Cartillas Nacionales de Salud, (2012), Sistema de Cartillas Nacionales de Salud, Recuperado 1 de marzo 2012, http://promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/cartillas_historico.html.
19. Horwitz, N., Florenzano, R., Rigeling, I., (1985) Familia y Salud Familiar. Un Enfoque para la Atención Primaria. Bol Sanit Panam, 98 (2), 144-155
20. Instituto Nacional de Salud Pública, (2007), ¿Sabes cómo llevar una Buena Alimentación? http://www.insp.mx/bajale/docs/talleres/dieta_grupos_alimentos_necesidades_nutrimientales.pdf
21. Jines. L., Martínez. A., Medrano M., (2007), Atención Preventiva Integrada; Guía de Actividades de Enfermería; IMSS, 5-33
22. Lauro, I. (2005), Escuela Nacional de Salud Pública, Modelo de Salud del Grupo Familiar, Rev. Cubana Salud Pública, 31(4), 7-332
23. Leñero L., (1980), Estereotipos, Tipos y Neotipos de Familias en México, Medio Propiciador o Inhibidor del Desarrollo Humano. 2ª ed. México, Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México, 91-138.
24. Medalie. H., (1987), Cambios en los Patrones Sociales y su Interrelación con la Familia y la Salud, Medicina Familiar. Principios y Prácticas. México, Limusa, 43-50.
25. Michel, A., (1974), Sociología de la Familia y el Matrimonio. Barcelona, Península, 15-30
26. Meissner. W., Aspectos Psiquiátricos del Estudio de la Familia, Grupos de la Familia. Buenos Aires, Paidós, 1976: 157-198.
27. Miller/Keane, (1996), Diccionario Enciclopédico de Enfermería, Cuarta Edición, Editorial Panamericana
28. Minuchin S.,(2004),Familias y terapia Familiar, Barcelona, Gedisa 82-87
29. Mujeres PREVENIMSS, (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de Noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/mujeres.aspx>
30. Muñoz. O., (2006) Programas Integrados de Salud; Proyecto Estratégico 2001-2003. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.44(1): 1-2

31. Navarro, A., Gómez. F., et al. (1999) Análisis Comparativo de Seis Recomendaciones Internacionales para el Diseño de Genogramas en Medicina Familiar. Arch Med Fam, 1 (1): 78-83.
32. Niños PREVEIMSS (2008), Dirección de Prestaciones Médicas, Recuperado 15 de noviembre del 2011, <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/Pages/ninos.aspx>
33. Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2010, Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad
34. Norma Oficial Mexicana, NOM. 015 -SSA2-1994 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, Recuperado septiembre 2011, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
35. Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño, Recuperado el 20 de junio 2012, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>
36. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de Vacunas, Toxoides, Faboterápicos (sueros) e Inmunoglobulinas en el Humano.
37. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación
38. OMS (2012), Informe sobre la Salud en el Mundo, La Atención Primaria a la Salud Más Necesaria que Nunca, Recuperado en noviembre 2011, www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html.
39. OMS (2009), 110 Años Promoviendo la Salud en las Américas, Salud Familiar y Comunitaria, Recuperado en noviembre 2011 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1340&Itemid=1239&lang=es.
40. OMS (1998), Promoción de la Salud. Glosario, Ginebra, Recuperado marzo 2012, http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
41. OMS (1976). Índices Estadísticos de la Salud de la Familia. Informe de un Grupo de Estudio, No.587, 5-91.
42. Ortiz, M., (1999) 5 Métodos de Investigación Diversos en el Estudio de La Salud Familiar Rev. Cubana Med. General Integral; 15(2),151.
43. Ortiz, M., Lauro, I., y Cangas, L., (1996) Proyecto de Intervención en Salud Familiar. Una Propuesta Metodológica. Trabajo para optar por el Título de Master de Psicología en la Salud. Facultad de Salud Pública 1(2),164-165

44. Ortiz, M., Lauro, I., Jiménez, L., Silva, C., (1999), Salud Familiar, Caracterización en un Área de Salud. Rev. Cubana Med Gen Integr. 15(3), 9-303.
45. Osorio. H., (2010), Aumenta el Índice de Sobrepeso en Población Infantil de México, Instituto Nacional de Salud Pública, Recuperado 15 de junio 2012, <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/1200-crecen-sobrepeso-y-obesidad-infantil-en-mexico-11-al-ano.html>
46. Programas Integrados de Salud (2005), Proyecto Estratégico 2001-2003, Rev Enferm IMSS, 13(1), 41-56.
47. Quiroz, J., Irigoyen, A., (2008) Reseña Histórica en Medicina Familiar; Una Visión Histórica de la Medicina Familiar en México, MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. 2 (1), 49-54.
48. Revilla. L., Fleitas. L., (1991), El Apoyo Social y la Atención Primaria de Salud. Atención Primaria 8 (1), 664-666
49. Rivero. O., (2010), Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar, Mediego, 16(2), 1-11
50. Sánchez, A., et al, (2000), Enfermería Comunitaria 3, Actuación en Enfermería Comunitaria, McGraw-Hill, Interamericana, 148-153
51. Sarrais. F., Castro. P.,(2007) An. Sist. Sanit, Navar El insomnio The insomnia, 1(30), 121-134
52. Savater. F., (1997), El Valor de Educar. Barcelona, Ariel, 35-51
53. Secretaria de Salud, Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México (2001),11-19.
54. The Vanier Institute of the Family (2005),Forty Years in the Life of Canadian Families, 35(1), 3-14
55. UNAM/ Posgrado en Enfermería Antología, (2009), Teorías y Modelos de Enfermería; Bases Teóricas para el Cuidado Especializado, 2 da. Edición, 66-138
56. Universidad Nacional de Colombia (2005), Dirección Nacional de Innovación Académica, Clínica y Etiología del Insomnio; Recuperado 20 de agosto del 2011,http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/medicina/2007860/lecciones/cap3/04_01_02.htm.
57. Vega. O., González. D., Teoría del Déficit del Autocuidado, Interpretación desde los Elementos Conceptuales, Ciencia y Cuidado 4 (4), 28-35
58. Velázquez. S., Maya. A., Mendoza. A., (2004), Compilación Método Enfermero,ESEO,IPN. 1-33

60. WHO, (2011), Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, Physical Activity and Young People, Recuperado 25 de noviembre del 2011, http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/index.html

10. ANEXOS

- ANEXO 1..... Cedula de Valoración Familiar del Déficit del Autocuidado**
- ANEXO 2..... Ecomapa/ Redes de Apoyo**
- ANEXO 3..... Genograma Familiar**
- ANEXO 4..... Genograma Funcional Familiar**
- ANEXO 5..... Cartilla Nacionales de Salud/ Mujer de 20 a 59 años/
Adolescente de 10 a 19 años / Niñas y Niños de 0 a 9 años**
- ANEXO 6..... Apoyos Didacticos para la Orientacion Alimentaria**
- ANEXO 7..... Apoyos Didacticos para la Orientacion a la Actividad Fisica**

ANEXO 1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

VALORACIÓN FAMILIAR DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Comunidad: _____ Folio: _____

Elaboro: _____ Fecha: _____

1. Factores condicionantes básicos

Apellidos de la Familia: _____

Domicilio: _____

Calle: _____

No. _____ Colonia: _____

Sector: _____ Teléfono: _____

Características de la vivienda

2. Composición Familiar

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	ESTADO DE SALUD

3. Tipo de Familia (nuclear, extendida, etc.)

4. Historia Familiar: (incluir experiencias que hayan ocurrido en la familia sobre divorcios, muertes, pérdidas de empleo, etc.)

5. Estructura Familiar

A) ESTRUCTURA DE ROL.

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

¿Quién toma las decisiones respecto a la salud?

B) SISTEMA DE VALORES.

¿Qué tipo de actividades religiosas realiza la familia en conjunto?

¿Cuáles son las fechas durante todo el año que festejan por motivos religiosos?

¿Qué tipo de normas o reglas tienen los integrantes de la familia en la escuela, hogar y trabajo?

¿Qué tipo de obligaciones tienen los integrantes de la familia en la escuela, hogar y trabajo?

Describe si existen en el domicilio signos de influencia mística y cultural.

C) PROCESOS DE COMUNICACIÓN.

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

¿Existen dificultades o agresiones cuando platica entre sí la familia?

¿Cómo expresan los integrantes de la familia su afecto?

D) ESTRUCTURA DEL PODER.

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

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

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

¿Quién decide sobre el futuro de la familia?

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en el subsistema-conyugal?

¿Cómo identifica el ejercicio de poder en el subsistema parental?

¿Cómo identifica el ejercicio del poder en el subsistema fraterno?

6. Funciones Familiares

A) FUNCIÓN AFECTIVA.

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

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

B) FUNCIÓN DE SOCIALIZACIÓN.

¿Cómo se distribuyen las tareas del hogar?

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

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

SI ___ NO___

¿Por Qué? _____

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

¿Quién _____ y _____ de _____ que tipo? _____

C) FUNCIÓN REPRODUCTORA.

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

¿Existen planes para tener hijos? SI_____ NO _____

¿Por qué?

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad? SI ___ NO_____

¿Cuál?

D) FUNCIÓN ECONÓMICA.

¿Quién o quienes resuelven los gastos familiares?

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

E) FUNCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.

¿Cuenta la familia con Seguro Social? SI ____ NO ____

¿Por parte de quién?

¿Qué hace la familia para cuidarse diariamente?

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

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

7. Requisitos de autocuidado universales.

A) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

¿La ventilación del hogar es adecuada? SI ____ NO ____

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

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

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

B) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA.

¿El agua que consume es potable? SI ___ NO___

¿Utiliza la familia alguna técnica para purificar el agua? SI ___ NO__

¿Cuál?

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

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

¿Con qué frecuencia se realiza el lavado de manos?

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

C) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS.

¿Quién prepara los alimentos?

¿Quién y cómo se organiza el consumo de los alimentos?

¿Qué alimentos se consumen con mayor frecuencia

¿Qué tipo de alimentos o productos prefiere la familia?

¿Qué tipo de alimentos o productos le desagradan a la familia?

Describe las circunstancias que tiene la familia para el consumo de alimentos.

¿Qué toma la familia cuando alguno de los integrantes tiene problemas de digestión de los alimentos?

D) PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN.

¿Cuenta la familia con servicio de baño y drenaje? SI ___ NO___

¿Qué tipo de remedios (laxantes, astringentes) toma la familia en caso de algún problema de estreñimiento o diarrea?

¿Cómo desechan la basura?

¿Existen problemas de manejo de basura, cucarachas, moscas, roedores? Describa.

E) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

¿Cuántas horas duerme?

¿Cuántas horas trabaja al día?

¿Qué tipo de trabajo desempeña?

¿Realiza algún deporte? SI___ NO___

¿Cuál?_____

¿Qué actividades realiza en sus tiempos libres?

F) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTEGRACIÓN SOCIAL.

¿Participa en algún grupo social? SI___ NO__

¿Cuál?

¿Algún miembro de la familia suele aislarse? SI___ NO__

¿Quién?_____

¿Cada cuando se reúne la familia?

G) LA PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA, EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO.

¿Saben qué hacer en caso de algún accidente? SI___ NO__

¿Saben en dónde acudir en caso de accidente? SI___ NO___

¿En dónde?_____

¿Conocen los servicios de emergencia? SI___ NO___

¿Cómo manejan las sustancias tóxicas?

8. Requisitos de autocuidado de desarrollo.

A) ETAPA DE DESARROLLO FAMILIAR:

¿Qué condiciones afectan su desarrollo? (Ejem. provisión suficiente de alimentos, descanso, cambio de condición social y económica, pérdidas familiares, enfermedad Terminal, peligros ambientales, entre otros.)

9. Requisitos de autocuidado de Desviación de la Salud.

¿Cuenta con la ayuda médica apropiada? SI ___ NO ___

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

SI ___ NO ___

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

SI ___ NO ___

¿Es consciente de los efectos negativos de las medidas terapéuticas?

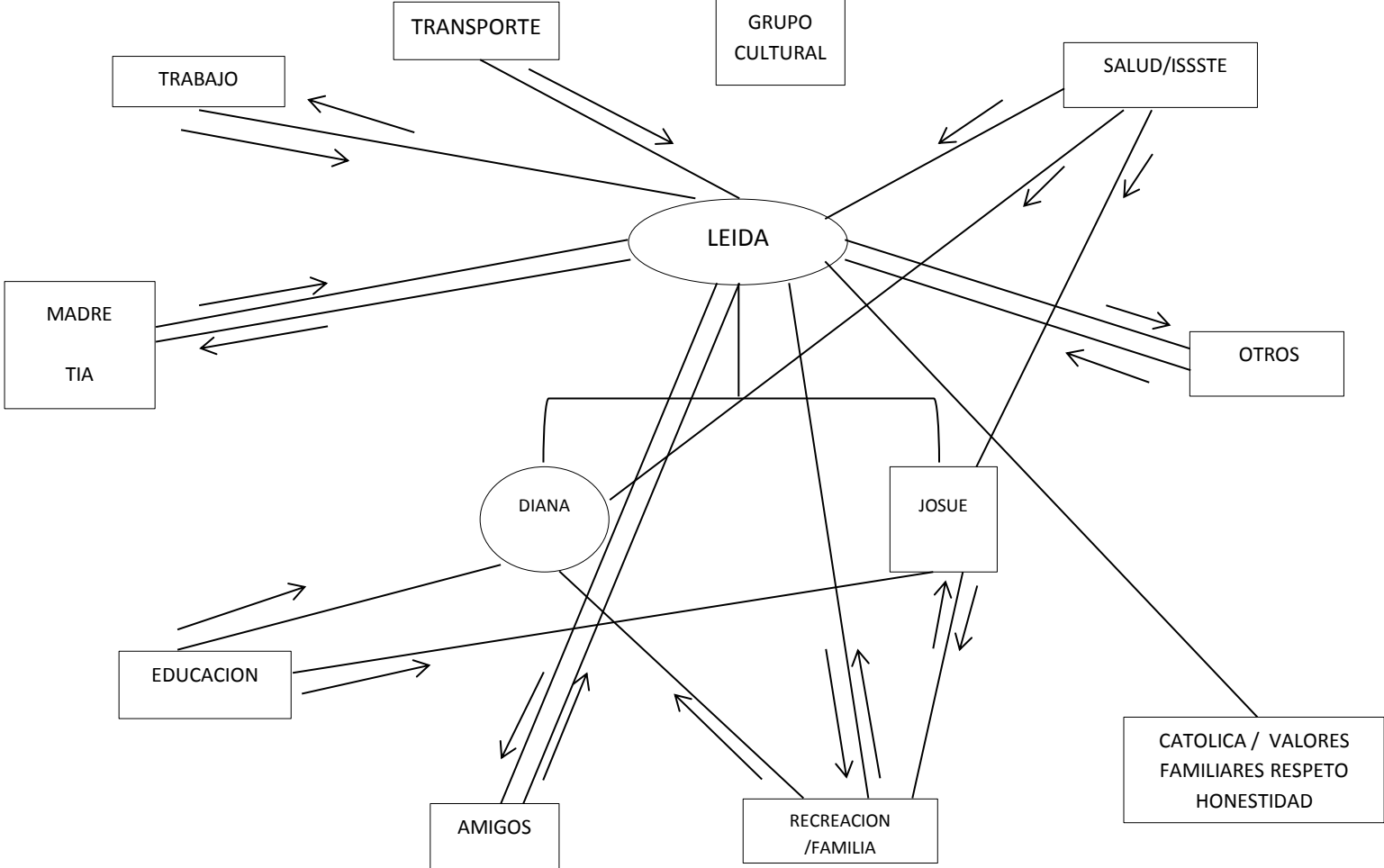
SI ___ NO ___

Verifique el autoconcepto:

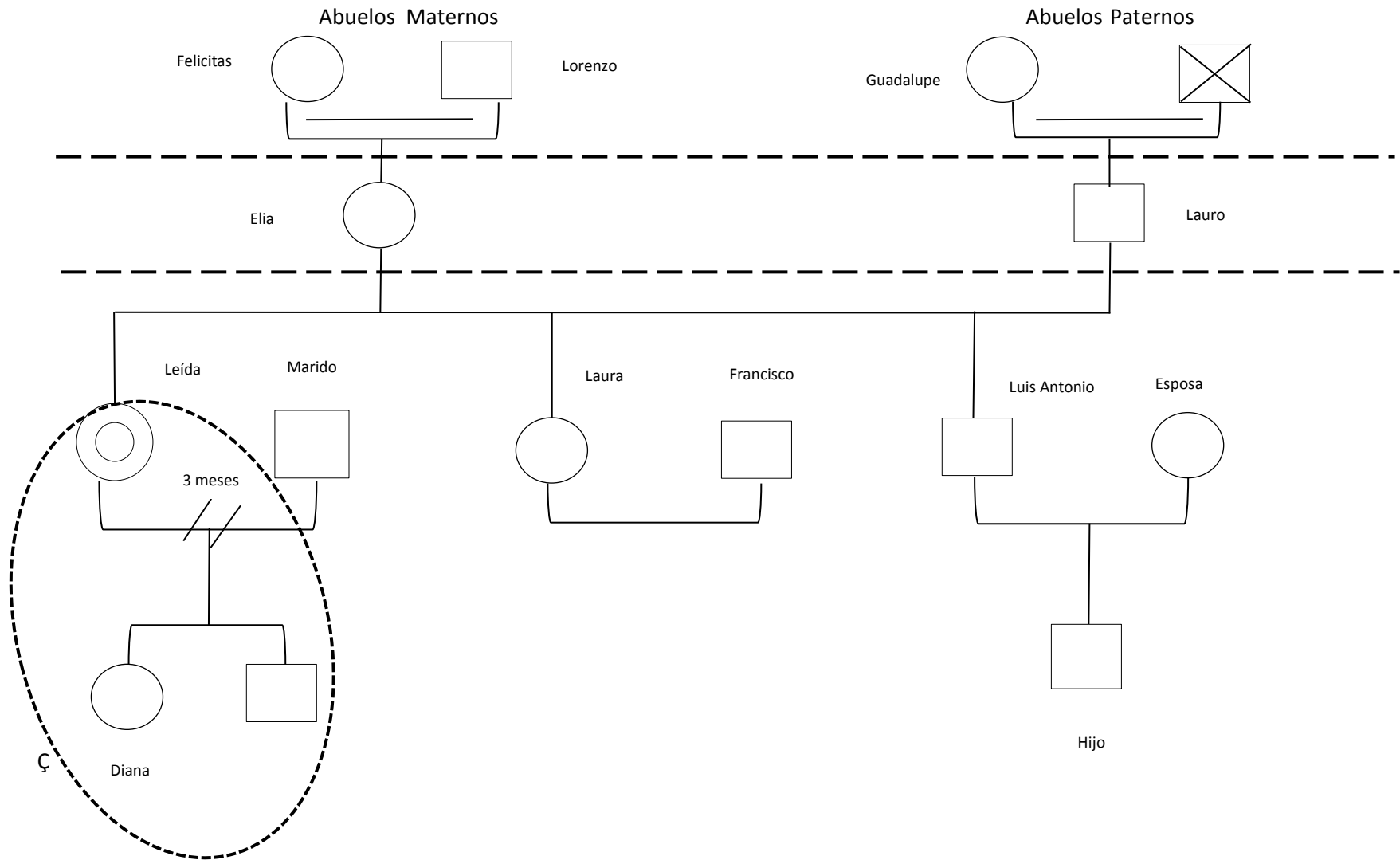
¿Es consciente de los efectos y condiciones de su estado de salud?

SI ___ NO ___

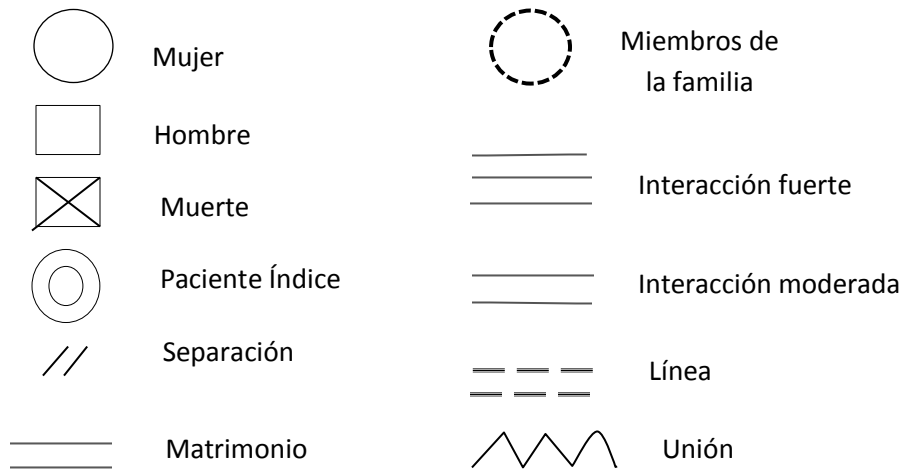
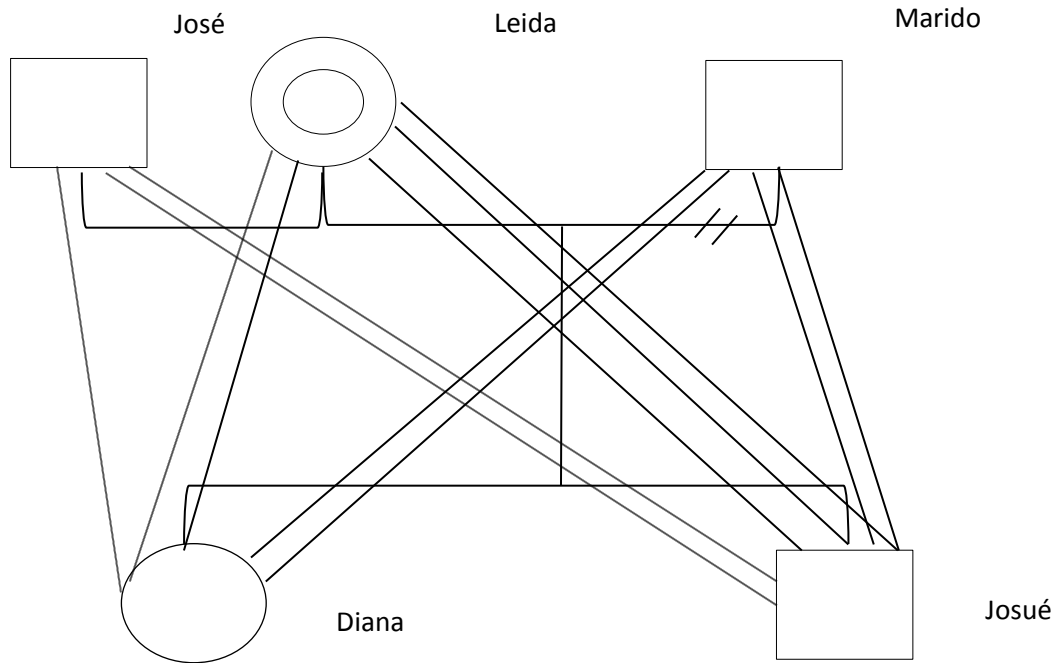
ANEXO 2



ANEXO 3



ANEXO 4



ANEXO 5



ANEXO 6

GOBIERNO FEDERAL
SALUD

Carpeta de apoyos didácticos para la orientación alimentaria

www.salud.gob.mx

Vive Mejor

Come correctamente y muévete

Yakult

Guía para reforzar la orientación alimentaria

Basada en la NOM-043-SSA2-2005
Servicios Educativos de Salud
Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria.
Criterios para brindar orientación.

VERDURAS Y FRUTAS

CEREALES

COMBINA

LEGUMINOSAS Y ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL

De agradecido al apoyo de Yakult.
Diseño de arte y la impresión de esta folio.

SALUD

www.salud.gob.mx
www.promocion.salud.gob.mx

Síguenos en:
Dirección General de Promoción de la Salud
@saludDGS

ANEXO 7

