



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



**Intervenciones especializadas de Enfermería en Salud Pública
basada en la teoría de sistema de apoyo educativo para el
fortalecimiento del autocuidado en la familia M.G.**

ESTUDIO DE CASO

Para obtener el grado de:

Enfermera Especialista en Salud Pública

PRESENTA

MARIN DE LA CRUZ BLANCA ESTELA

Con Asesoría de la:
Lic. LETICIA JINÉZ RAMOS

México D.F

Junio 2014





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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



**Intervenciones especializadas de Enfermería en Salud Pública
basada en la teoría de sistema de apoyo educativo para el
fortalecimiento del autocuidado en la familia M.G.**

ESTUDIO DE CASO

Para obtener el grado de:

Enfermera Especialista en Salud Pública

P R E S E N T A

MARIN DE LA CRUZ BLANCA ESTELA

Con la Asesoría de la
Lic. LETICIA JINÉZ RAMOS



AGRADECIMIENTOS

Al espíritu infinito.....mi creador

A mis ángeles de piel.....mis padres

A mi ángel de luz.....mi querido esposo

Por haberme guiado experta y pacientemente durante este proceso, por su apoyo incondicional y su gran calidad humana.

A mis mentoras y queridas profesoras: Lic. Leticia Jínez Ramos y Lic. Marcela Díaz Mendoza quienes siempre creyeron en mi capacidad motivándome a cada momento.

Índice

	Pág
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASOS	3
2.1. General	3
2.2. Específicos	3
III. FUNDAMENTACIÓN	4
3.1 . Antecedentes	4
3.2 . Antecedentes de estudios relacionados	17
3.3. Representación gráfica de la familia	20
3.3.1. Genograma familiar	20
3.3.2. Ecomapa	23
IV. MARCO CONCEPTUAL	24
4.1. Conceptualización de la enfermería	24
4.2. Paradigmas	27
4.3. Teoría de enfermería	33
4.3.1. La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem	37
4.4. Teoría de otras disciplinas	42
4.5. Visita domiciliaria	46
4.6. Proceso de enfermería	47
4.7. Descripción de Obesidad y Sobrepeso	58
V. METODOLOGÍA	63
5.1. Estrategia de investigación del caso de familia	63
5.2. Selección del caso y fuentes de información	63
5.3. Consideraciones éticas	65
5.3.1. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México.	66
5.3.2. Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México.	68
5.3.3. Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros	69

5.3.4. Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes	69
5.3.5. Ley General de Salud	70
5.3.6. Declaración Helsinski de la Asociación Médica Mundial.....	74
VI. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	75
6.1. Descripción de caso	75
6.2. Antecedentes generales de la familia	76
6.2.1. Genomapa de la familia M. G.	77
6.2.2. Ecomapa.....	79
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA M.G.....	80
7.1. Valoración	80
7.1.1. Valoración focalizada.....	80
7.1.2. Estudios de laboratorio y gabinete del caso índice	83
7.1.3. Jerarquización de problemas.....	84
7.2 Diagnóstico de enfermería.....	84
7.3 Plan de cuidados de Enfermería	84
7.4. Intervenciones de Enfermería	84
7.5. Ejecución.....	84
7.6. Evaluación.....	84
VIII. PLAN DE ALTA.....	97
IX. CONCLUSIONES	101
X. SUGERENCIAS	102
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	103
XII. ANEXOS	110
Anexo-A Cédula de valoración familiar	111
Anexo-B Consentimiento informado para participar en el caso de familia	117
Anexo-C Genomapa	119
Anexo-D Ecomapa	120
Anexo-E Mapa de ubicación de la familia M. G.....	121
Anexo- F Evidencia fotográfica de enfermería con la familia	122
Anexo-G Solicitud y reporte de resultado de citología cervical	126
Anexo-H Solicitud y resultado de la prueba de papiloma humano	127

Anexo- I Díptico de auto exploración mamaria	128
Anexo- J Tarjeta informativa de salud bucal	130
Anexo- K Tarjeta informativa recuerda lavarte las manos.....	131
Anexo- L Tarjeta informativa prevención de contagio de los parasitos	132
Anexo- M Tarjeta informativa higiene del agua	133
Anexo- N Díptico tu salud empieza al manejar tus alimentos con limpieza	134
Anexo-Ñ Plan de alta	136

I. INTRODUCCIÓN

La Salud Pública es la ciencia que protege y mejora la salud de las comunidades a través de la educación, promoción de estilos de vida saludables, y la investigación para prevenir enfermedades y lesiones. Estas poblaciones pueden ser tan pequeñas como un vecindario o tan grandes como un país entero, los profesionales de la salud pública trabajan para prevenir que surjan inicialmente o que vuelvan a ocurrir situaciones de salud a través de programas educativos, desarrollo de política pública, administración de servicios y la investigación. La Salud Pública ha alcanzado grandes logros en el siglo XX, estos han contribuido a mejorar nuestra calidad de vida en varios aspectos: se ha incrementado la expectativa de vida, se ha disminuido la tasa de mortalidad infantil mundialmente, se ha logrado erradicar y hasta reducir un sin número de enfermedades transmisibles responsable de muchas muertes en el pasado.¹

Según la OMS define como familia: "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial"²

El presente caso de familia plasma el avance de los conocimientos adquiridos durante la especialidad de enfermería en salud pública, desde el dominio teórico metodológico y técnico para identificar necesidades de salud, atenderlas, mediante actividades de promoción, prevención de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado así como la rehabilitación en los individuos, familias, comunidades en interacción con otros profesionales de la salud.

Este documento consta de siete capítulos: en el primer capítulo se hace mención de la presente introducción; en el segundo objetivos del estudio de caso: objetivo general y específico; en el tercero fundamentación: los antecedentes; capítulo cuarto marco conceptual : conceptualización de la familia, paradigmas, teoría de enfermería, teoría de otras disciplinas, proceso de enfermería; en el quinto metodología: estrategia de investigación, selección del caso y fuentes de información, consideraciones éticas; en el sexto presentación del caso : se hace la descripción del caso, antecedentes generales de la familia y en el séptimo valoración: valoración focalizada, análisis de estudios de laboratorios y gabinete, jerarquización de problemas, diagnósticos de enfermería, problema

¹ Association of school of public health. ¿What is public health? 2010.

² Ingrid Vargas. Familia y Ciclo vital familiar. Facultad de Medicina UNAM. 2004 México,p.1

interdependientes, planeación de los cuidados, objetivos de la persona, objetivos de enfermería, ejecución, registros de las intervenciones, evaluación, evaluación de las respuestas de las personas, evaluación del proceso, así como los anexos que se utilizaron para fortalecer las intervenciones especializadas.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASOS

2.1. General

Elaborar un estudio de caso de familia a través de la integración de las intervenciones de Enfermería Especializada en Salud Pública con la utilización del proceso de atención de enfermería, la teoría del Déficit de autocuidado de Elizabeth Dorotea Orem y las diferentes teorías de la familia.

2.2. Específicos

- Elaborar diagnósticos de enfermería, con base a los datos objetivos y subjetivos encontrados.
- Realizar planes de cuidado con la finalidad de minimizar los riesgos potenciales, problemas y daños que afecten a la salud familiar.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería establecidas en el plan de cuidados.
- Evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento de la agencia de autocuidado.

III. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

La Salud pública debe entenderse como un punto de encuentro donde influyen las ciencias biológicas, sociales y de la conducta, en poblaciones determinadas (Frenk, 1994), y de las respuestas sociales e institucionales a determinadas condiciones epidemiológicas. Se trata por tanto, de una disciplina que articula simultáneamente un modelo medicalizado (concepto salud-enfermedad), un sistema institucional de respuestas, y un conjunto de terapias específicas que combina enfoques biológicos, políticos y sociales. Así, tiene como fin la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, y la rehabilitación física y social del individuo, familia y comunidad³.

La Salud es un proceso complejo y diversificado condicionado no solo por factores biológicos, sino también por los determinantes socioculturales, económicos, educativos, políticos y filosóficos propios del individuo, la familia y la población⁴. De lo anterior la importancia de revisar los determinantes sociales que son descritos por la epidemiología social.

La epidemiología social estudia más específicamente los determinantes sociales de la enfermedad. Dado que el objetivo final de la salud pública es mejorar la salud, la epidemiología social nos ayuda a encontrar los puntos de intervención y las políticas que ayuden a prevenir la enfermedad.⁵ El estudio de las características de la población y del área geográfica de residencia es el soporte metodológico con el que identificar puntos de intervención enfocados a la prevención y a la desaparición de las desigualdades en salud existentes, también estudia la caracterización de poblaciones de todo un país⁶.

Informa a la prevención de las enfermedades desde varios puntos importantes. Se podrían identificar dos enfoques complementarios; El enfoque de desigualdades en salud estudiado entre otros por Michael Marmot (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de Salud (OMS), y el enfoque que estudia las poblaciones en su conjunto para informar la

³ Marraza Alvarl. Salud Pública y enfermería comunitaria. Editorial Mac GrawHill Interamericana, 2003 Madrid

⁴ Ibidem p. 1

⁵ Diez-Roux AV. Towards a realistic and relevant public health: the challenges of useful simplification. J Public Health (Oxf). Sep 2008;30(3):230-231; discussion 232-233.

⁶ Ibidem p. 1

estrategia poblacional de Geoffrey Rose.⁷ Las diferencias en salud dentro de un mismo país o entre países adquieren enormes magnitudes formidables. Las circunstancias en las que los individuos nacemos, crecemos, trabajamos y envejecemos son los determinantes claves de nuestra salud. Estas circunstancias están directamente afectadas por la economía y la sociedad en las que se desarrollan nuestras vidas.

Por lo tanto, la acción coherente y conjunta a través de políticas sociales y económicas puede acabar con las desigualdades en salud que existen en todas las sociedades y que actualmente originan diferencias en salud innecesarias e injustas.

El estudio de los determinantes sociales en salud es relevante para el desarrollo de la prevención de enfermedades, la epidemiología social ayuda a identificar puntos de intervención, especialmente a nivel poblacional.

Es importante revisar el comportamiento y características de las familias ya que tienen un rol importante dentro de la sociedad.

Conceptualización de familia desde la perspectiva de diversas organizaciones:

- OMS: "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial".⁸
- Organización Panamericana de la Salud (OPS): "La familia es el entorno donde por excelencia se debe dar el desarrollo integral de las personas, especialmente el de los niños, pero la familia es mucho más que el cuidado y apoyo mutuo; es el espacio donde realizamos nuestras más profundas experiencias humanas. Los más profundos sentimientos tienen fuente en la familia; lo mejor y lo peor tienen lugar en ella".⁹
- Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o

⁷ Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report. Geneva: World Health Organization; 2008.

⁸ Ingrid Vargas. (2004) op. cit p. 1

⁹ Federico Herreros. Familia y discapacidad. Revista San Pablo. 2013 Cuba. Pag. 1.

no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.¹⁰

- Según la Sociología la familia es un conjunto de personas que se encuentran unidos por lazos parentales. Estos lazos pueden ser de dos tipos: vínculos por afinidad, el matrimonio y de consanguinidad como ser la filiación entre padres e hijos.¹¹
- La etimología de la palabra familia no ha podido ser establecida de modo preciso. Hay quienes afirman que proviene del latín famēs (“hambre”) y otros del término famulus (“sirviente”). Por eso, se cree que, en sus orígenes, se utilizaba el concepto de familia para hacer referencia al grupo conformado por criados y esclavos que un mismo hombre tenía como propiedad.¹²
- Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.¹³
- La familia, según Isabel Louro Bernal en su artículo “La familia en la determinación de la salud”, es un el elemento de la estructura de la sociedad responsable de la reproducción biológica y social del ser humano. Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana y en ese sentido es el elemento que sintetiza la producción de la salud a escala micro social. En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. Cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del individuo, encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la trasmisión generacional de valores culturales, ético-morales y espirituales.¹⁴

¹⁰ Instituto Interamericano del Niño

¹¹ <http://www.definicionabc.com/social/familia.php>

¹² Navarro Lores, D. y Medina García, E: "Representaciones sociales sobre el término familia y su relación con los conflictos sociales", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, diciembre 2011

¹³ Soto Álvarez, Clemente. Prontuario de Introducción al Estudio del Derecho y Nociones del Derecho Civil, Ed. Limusa, 3ª. Ed. 1982 México, p. 91

¹⁴ Louro Bernal Isabel. Matriz de salud del grupo familiar: un recurso para el diagnóstico de la situación de salud de la familia. Rev Cubana Med Gen Integral, Cuba 2004.

Tipos de matrimonio

En cada sociedad, la estructura de la familia se teje de acuerdo con dos particularidades, que son el tipo o tipos de matrimonio reconocidos existentes con dos particularidades, que son el reconocido existentes en esa sociedad, y las formas de residencia posnupcial que imperen en la misma.

Empezando por la primera de las particularidades, el matrimonio puede ser monógamo, polígamo y en grupo.

El matrimonio monógamo lo hallamos en todas las sociedades conocidas, y es el matrimonio de un solo hombre con una sola mujer.

Definimos al matrimonio polígamo¹⁵ como una unión de más de dos cónyuges, uno de los cuales es de distinto sexo que el resto, de lo que se sigue que presenta dos variantes fundamentales: poliginia y poliandria.

El matrimonio poligámico más frecuente es el poligínico. La poliginia puede hallarse presente en sociedades de agricultores o de pastores, de carácter tradicional, que precisan de abundante mano de obra, especialmente cuando su mortalidad es alta. Aunque se vincula a las sociedades islámicas, su peso es mayor en los países árabes que en los musulmanes no árabes. En estos últimos, la poliginia llega a estar prohibida; las sociedades poligámicas poseen mecanismos que tienden a minimizar el corrosivo problema de los celos. El más conocido de éstos es el de la poliginia sororal (el hombre casado con un grupo de hermanas) que, no obstante, convive en las sociedades polígamas con la poliginia no sororal un caso análogo lo encontramos en las sociedades poliándricas con la poliandria adélfica (matrimonio de la mujer con un grupo de hermanos), si bien en este caso intervienen variables distintas a las de los celos.

El matrimonio poliándrico, es de mucha menor frecuencia que el poligínico, tiene presencia en áreas centrales y meridionales de Asia, especialmente en el Tibet, en la India y en Sri-Lanka. La poliandria está presente, a menudo allí donde hay occisión de las niñas. Sin embargo, esta occisión suele tener una causa anterior que es la motivada por la escasez, la pobreza de los recursos ganaderos (montes de Nilghiri) o la pequeña superficie de las escarpadas parcelas que cultivan (Tibet) explican la dramática limitación del número de reproductoras.

¹⁵ Fladrión J.L. Orígenes de la Familia Moderna, Editorial Grijalbo, 3era edición, 1999

La familia, como grupo primario, constituye el denominador común de todas las sociedades conocidas. La vida humana, sea donde fuere, es siempre familiar, aunque en las sociedades modernas industriales o postindustriales la influencia de la familia se halle atenuada por la presencia de numerosos grupos de personas, vinculadas entre sí por lazos de matrimonio y de descendencia, que comparten un mismo hogar, entendido este último hecho en su aceptación más amplia. La crianza y socialización del ser humano en el seno de una familia es el resultado del condicionamiento dado por el hecho de su nacimiento inmaduro, de lo que sigue la necesidad que tiene de protección en los primeros años de vida.

En términos generales, el ser humano cuenta con dos familias de referencia. En primer lugar, la familia en la que el individuo nace y se cría, a la cual denominamos familia de orientación. En segundo lugar la familia que genera él mismo con su pareja y su descendencia, a la cual llamamos familia de procreación.

Tipos de familia

Por todo lo dicho, las familias pueden ser independientes (organizadas a partir de una sola unidad marital, bien sea monógama o polígama) y extensas (organizada a partir de varias unidades maritales). Dentro de las independientes, la más frecuente en el mundo, y las características de las sociedades urbanas occidentales, es la monógama independiente, es decir, la denominada familia nuclear elemental o, incluso, conyugal¹⁶.

La familia monógama independiente. Compuesta por la pareja casada y sus hijos solteros, parece que es común a la práctica totalidad de las sociedades conocidas, tanto históricamente como en el presente. Sin embargo, no es una familia básica que sirva como fundamento a otros tipos de familia, como Murdock y Radcliffe-Brown pensaron. Al contrario, es una familia distinta de las demás. G. P. Murdock (1949), llegó al convencimiento de que comportaba “un grupo social universal” y “fuertemente funcional” por razones que trascendían lo puramente cultural. Coincidiendo con Boas, con B. Malinowsky y con R. Lowie, se separa de R. Linton en la apreciación de este último de que la familia nuclear jugaba “un papel insignificante” en muchas sociedades. Por el contrario, Murdock, Radcliffe-Brown y otros la calificaron como nuclear, al menos tal como había sido definida por Murdock, no se hallaba en algunas sociedades que habían existido y que existían.¹⁷

¹⁶ Segalen, M. Antropología histórica de la familia. Editorial Taurus, Madrid 1992.

¹⁷ Ibidem p. 7

Ahora bien, las excepciones muestran que son posibles las sociedades con una organización distinta de las que se presenta con mayor frecuencia. Según Goodenough, el tradicional error de la apreciación podría hallarse en haber hecho de la familia nuclear, de fuerte implantación en las sociedades occidentales, una unidad de análisis. Murdock sin embargo, muestra que la potencia de la familia nuclear no se halla en su concepción como grupo social, sino en la eficacia de sus relaciones constitutivas y en su funcionalidad.

La familia matrifocal. Desde que R. Fox (1967) enunciará su idea del átomo del parentesco compuesto por la madre y los hijos (unidad genitrix-prole), no han sido pocos los que han estimado que esta unidad es la base del parentesco antes que ninguna otra. Es la llamada teoría biosocial de la sociedad. Y no es menos cierto que el hecho de que en algunas culturas del padre se clasifique como pariente a fin (en cuanto que mero marido de la madre), parece desmentir las ideas universales tejidas en torno a la familia nuclear. A favor de la idea, así mismo con pretensiones universalistas, es halla el hecho de que la relación más evidente y sólida de cuantas existen entre los seres humanos es la establecida entre el niño y la madre. Es relevante el caso de la familia matrifocal, propia de áreas como el Caribe y, en general, de las áreas esclavistas americanas, donde la familia más típica es la compuesta por una mujer y su descendencia. También en las sociedades urbanas modernas, es decir, en aquellas en las que el Estado suplantando algunas de las funciones atribuidas tradicionalmente a la familia, y muy especialmente en los llamados estados de bienestar, hallamos la familia monoparental, generalmente compuesta por la madre y los hijos.

La familia polígama. El matrimonio polígamo es el fundamento de la familia polígama, y cómo se parecía una cierta relación entre la poligamia y las sociedades en las que la práctica de la agricultura primitiva demanda abundante mano de obra, de suerte que la poligamia viene a subvenir la inherente necesidad. La otra variable concurrente es que por lo regular, se trata de sociedades con altas tasas de mortalidad, a los que se une el hecho de la mayor incidencia de la mortalidad masculina. También la poligamia se presenta bajo dos formas básicas: la poliginia y la poliandria, cada una de las cuales posee diversas variantes, si bien la primera es mucho más frecuente que la segunda. Una discusión duradera entre los antropólogos ha consistido en saber si la familia nuclear también está presente en la familia polígama como Radcliffe-Brown, Murdock y otros muchos autores creyeron en el pasado (la familia polígama sería una suma de familias nucleares, aunque con algunos elementos comunes a todas ellas).¹⁸

¹⁸ Ibidem p. 8

El hecho de que las mujeres vivan separadas las más de las veces en la familia polígama, abonaría la hipótesis. Sin embargo, es evidente que las relaciones que se establecen entre los miembros de la familia nuclear frente a los que se configuran en la familia polígama no son comparables. Ni la satisfacción sexual funciona de la misma manera (falta la exclusividad sexual), ni la socialización de los descendientes se produce de igual modo, ni los aspectos económicos tienen lugar de igual forma. Dicho de otro modo, la familia polígama cumple las mismas funciones que la familia nuclear, pero de modo diferente. Algunos autores han creído ver una seguridad económica mucho mayor en la familia nuclear, pero de modo diferente. También han creído ver una seguridad económica mucho mayor en la familia polígama, así como una socialización más rica de los descendientes. También han creído ver una mejor disposición de la familia polígama para superar los problemas característicos del modo de producción doméstico, justamente en las sociedades de subsistencia en las que está presente la familia poliginica, si bien la apreciación puede resultar muy discutible. Parece fuera de toda duda la dificultad para probar la existencia de subunidades nucleares en el seno de la familia polígama, puesto que, si ello fuera así, sería evidente la conservación de la identidad de la familia nuclear el seno de la familia polígama. La existencia de tal identidad, sin embargo, se niega habitualmente.

La familia extensa. En muchas culturas los nuevos cónyuges pasan a integrarse en una unidad preexistente. Cuando esto último sucede, hablamos de familias extensas. La característica definitoria de la familia extensa es que en ella conviven varias unidades maritales, incluso en la misma generación. Dependiendo de dónde se integra la nueva pareja, podemos hablar de familias extensas patrilocales (la pareja se integra con la familia del hombre), familias extensas matrilocales (la pareja se integra con la familia de la mujer); y familias avuculocales (la pareja reside con el tío de la madre del hombre). También utilizamos la denominación de bilocal para explicar que la pareja reside indistintamente con los padres del hombre o con las de la mujer. El tipo patrilocal lo encontramos en muchas sociedades, tanto de cazadores como de agricultores y de pastores. En ocasiones, el alto número de hombres en la familia alumbró familias fraternales un grupo de hermanos que reside en un hogar separado de hogar del resto de los hermanos, superando así la pequeñez del continente doméstico de origen.

La familia troncal. Constituye una variante de la familia extensa. Su característica es la convivencia de varias unidades maritales en un mismo hogar, sometidas a la regla de que tan solo existe unidad marital en cada generación. Las

unidades maritales están atadas por una relación de descendencia a través de uno de los cónyuges, lo cual explica que los hijos solteros vivan con los progenitores, de manera que tras el emparejamiento, solo aquél o aquella llamada a la sucesión permanece en el hogar de los progenitores. Es un tipo de familia que se halla en algunas partes de Europa y de Asia, y que en España tuvo una presencia notable mientras la actividad agraria fue relevante en términos económicos. Al igual que sucede con muchos aspectos de la cultura la familia troncal ha constituido una estructura ideal y deseable en las áreas rurales en las que ha estado presente. Comporta un mecanismo de conservación de la herencia indivisa, lo cual hace que en cada generación sólo un descendiente (hombre o mujer dependiendo del caso) sea llamado a la sucesión. Sin embargo, por razones estadísticas (de azar genealógico), sólo un menor de las familias presentaba esta estructura en un momento dado.¹⁹ A lo largo de la historia la familia ha desempeñado un papel clave como recurso de cuidado y soporte en la atención de las necesidades surgidas dentro de su núcleo, aun constituyendo el principal recurso de atención, cuidado y soporte, la problemática y necesidades de las familias todavía es poca conocida y atendida cuando no ignorada, lo que lleva a que muchas soporten dificultades, tensiones y sobrecarga. La familia es, de hecho, el principal cuidador comunitario de los enfermos, pero necesita ser cuidada.

Familia Europea

A través del tiempo la familia ha sufrido cambios paralelos a los cambios sociales siempre se han mantenido los objetivos:

- a) Interno: la protección de los miembros
- b) Externo: la acomodación y transmisión de una cultura

La familia es el lugar donde se construye la identidad individual y social de las personas, es el lugar de aprendizaje social y psicológico del individuo, este individuo se identifica a sí mismo en relación con otros cercanos a él, que son los miembros de su familia y en relación con el conjunto de la sociedad. Cuando se habla de familia se suele pensar en la familia tradicional, compuesta por el padre la madre y dos hijos. Sin embargo la sociedad occidental ha sufrido una gran transformación en las últimas décadas y la familia ha estado en el centro de estos cambios por lo que actualmente difieren de este modelo.

Así podemos encontrar una familia constituida por un anciano que vive sólo con sus dos gatos, por una persona soltera que comparte piso con algunos amigos, entre los cuales no existe lazos biológicos; por una red multigeneracional extensa

¹⁹ Fladrin J.L. Op cid. p. 7

de personas o bien por lo que se denomina familia nuclear (padres e hijos), en cualquier caso, Forgyat considera que la familia es un poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial para poder afrontar sus problemas. Desde una visión más clásica Fladrin entiende la familia como “personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven bajo el mismo techo” aunque este autor no tiene en cuenta una de las relaciones sociales de la familia fundamentales en nuestra sociedad que es la de constituir una unidad económica. El reconocimiento de la familia como unidad económica ha sido la aportación de los análisis marxistas que han visto la definición y transmisión de la propiedad y la producción de bienes y servicios como un aspecto inherente del concepto de la familia. Una definición que aproxima al concepto actual de familia es la propuesta por Inés Alberdy en la obra citada “la familia está formada por dos o más personas unidas por el afecto, el matrimonio o la filiación que viven juntas, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes en su vida cotidiana”. En esta definición se pueden reconocer todo tipo de familias, incluso las que son producto de la sociedad actual (monoparentales, matrimonios sin hijos, familias reconstituidas, etc.).²⁰

Generalmente una familia implica un hogar, pero estos dos términos no son sinónimos ya que se puede decir que la mayoría de los hogares contienen familias pero no toda la familia está contenida en un solo hogar. Conocer las relaciones y conexiones familiares y sociales de cada núcleo familiar es de gran ayuda cuando algún miembro de la familia necesita ser cuidado.

Se puede clasificar el tipo de familia dependiendo del número de los miembros que la conforman y por parentesco que les unen.

- Familia extensa. Que incluyen dentro de la misma a los abuelos, tíos, primos que originariamente convivían en el mismo hogar y que actualmente viven en hogares distintos pero mantienen el sentimiento de formar parte de la misma familia. Es importante mencionar que este tipo de familia cada vez es menos frecuente, tienen una estructura vertical cuando se describen en un genograma, constituyen una valiosa fuente de apoyo en caso de enfermedad o crisis en alguno de sus miembros.
- Familia nuclear. Es la unidad familiar completa más sencilla, compuesta por el padre la madre y los hijos, este tipo de familia como se ha mencionado anteriormente, aunque es la más generalizada, cada vez respondemos

²⁰ Monserrat R. R., Carmen C. L. et. al. Enfermería Comunitaria editorial Monsa Prayma 1ª edición, Sf. Madrid España.

menos a la realidad de nuestro contexto, ya que van apareciendo nuevas formas de familiares.

- Familia monoparental. Fruto de la disolución del matrimonio (o unión) en la cual un cónyuge, generalmente la madre se hace cargo y vive con los hijos.²¹

La constitución de segundos matrimonios o parejas que de nuevo vuelven a tener hijos, constituyen una familia denominada por algunos autores como familia expandida o reconstituida, en la cual existen diversos núcleos familiares (la familia nuclear de origen respectivo y la nueva familia). Otros ejemplos serían aquellas relaciones de parejas estables que no conviven o lo hacen solo los fines de semana o en vacaciones, pero que no tienen el proyecto de tener hijos o compartir el mismo hogar. Otro es el caso de las parejas homosexuales, que a pesar que en muchos países no tienen un reconocimiento legal, existen ya fallos a favor de una legalización de esta situación.

Con el paso de la sociedad de rural a industrial los medios de producción pasan a ser externos a la familia, no hay necesidad al contrario, de que la familia este formada por muchos miembros. Al mismo tiempo la mujer ocupa un lugar secundario en la sociedad al no tener acceso a la formación y al percibir por su trabajo un salario menor que el del hombre lo que le lleva a hacerse cargo de las tareas domésticas. Este tipo de sociedad conduce a una familia nuclear fusional en la que existe una complementariedad asimétrica y una especialización de funciones, es decir las responsabilidades del interior de la familia recaen en la mujer y las del exterior en el marido. Este tipo de familia cuando se rompen y existen hijos que dan lugar a familias mononucleares, asociadas en muchas ocasiones a una precariedad económica. En un tercer modelo de familia está la familia postpatriarcal sus miembros constituyen entidades individualizadas debido a la mayor autonomía de la mujer adquirida gracias al acceso de la educación y al trabajo el hombre y mujer aportan un salario que les confiere los mismos derechos a la hora de asumir decisiones cargas y responsabilidades, cuando se rompe el contrato familiar, la mujer en caso de tener que hacerse cargo de la familia tiene capacidad económica para afrontar la nueva situación. No obstante este modelo no se ha llevado en paralelo el reparto de las responsabilidades entre el varón y la mujer en nuestra sociedad ya que mientras ella ha conseguido entrar al mercado laboral externo de forma bastante generalizada, aún son pocos los hombres que asumen las tareas internas del hogar.

²¹ Alberdi I. La nueva familia española, editorial Taurus, 1999 Madrid. pág. 22

Familia de Cuba.

La familia un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla.

La familia es un componente de la estructura de la sociedad. Como tal se encuentra condicionada por el sistema económico y el periodo histórico-social y cultural en el cuál se desarrolla. Así mismo e inserta en la estructura de clase de la sociedad y refleja el grado de desarrollo socioeconómico y cultural de la misma. Es un grupo que funciona en forma sistémica, como subsistema abierto, en interconexión con la sociedad y los otros subsistemas que la componen. Debe estar integrado al menos por dos personas, que conviven en una vivienda o parte de ella y comparten o no su recursos o servicios.

La familia incluye cualquier vínculo consanguíneo con independencia del grado de consanguinidad, y no limita el grado de parentesco. Además, contempla hijos adoptados o de otros vínculos matrimoniales. Si no existen vínculos consanguíneos y de parentesco, se considera familia a aquellos convivientes con relaciones de afinidad que reproduzcan el vínculo afectivo natural entre familiares consanguíneos y parientes²².

Se excluyen de esta definición otros casos que también requieren atención de salud, pero que no constituyen un grupo familiar, como el hogar unipersonal (persona que vive sola) y grupos de personas que conviven sin establecer relaciones familiares (becados, alquilados y albergados)

1. Composición o estructura.

a) Tamaño (número de miembros)

- I. Pequeña: de dos a tres miembros.
- II. Mediana: de cuatro a seis miembros.
- III. Grande : de 7 y más miembros

b) Número de generaciones:

- I. Unigeneracional.
- II. Bigeneracional.
- III. Trigeneracional.
- IV. Multigeneracional.

c) Ontogénesis de la familia:

- I. Familia nuclear: Es la integrada por una pareja que tenga hijos o no, o por uno de los miembros de la pareja con su descendencia. Incluye los hijos sin padres en el hogar, los hijos de uniones

²² Isabel L. B. Manual para la intervención en la Salius Familiar. Editorial Ciencias Médicas 1ª Edición, La Habana Cuba.

anteriores, la adopción y el equivalente de pareja. Existen diferentes tipos de familia nuclear:

1. Parejas sin hijos y parejas sin hijos en el hogar.
 2. Familia monoparental: Integrada por unos de los dos padres y uno o más hijos.
 3. Familia biparental: Integrada por el padre y la madre, y uno o más hijos.
 4. Familia con padres ausentes: Integrada solo por dos o más hermanos.
 5. Familia reconstituida: La característica de que uno o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior, haya tenido hijo o no.
 6. Equivalente de pareja: Pareja de homosexuales que se reconoce a sí misma como pareja ante el equipo de salud.
- II. Familia Extensa: Aquella que descienda de un mismo tronco, independientemente del número de generaciones y que esté integrada por una pareja con hijos cuando al menos uno de ellos convive en el hogar con su pareja, o equivalente de pareja, con descendencia o sin ella. Existen varios tipos de familia extensa:
1. Familia integrada por padres con hijo (s) casado (s) sin nieto (s).
 2. Familia integrada por abuelos y nieto (s) sin la presencia de los padres.
 3. Familia integrada por dos hermanos o más, siempre que al menos uno tenga pareja.
- III. Familia Ampliada: Cuando a la familia nuclear o extensa se integran otros parientes que no pertenecen al mismo tronco de descendencia generacional. Se pueden considerar otros casos en los que aunque no existan vínculos consanguíneos y de parentesco entre ellos, si existen de convivencia y afinidad.

Familia Mexicana.

La familia mexicana se puede constituir se la siguiente forma:

1. Familia Rural: la familia campesina es regida por un gobierno patriarcal con un gran número de miembros entre 9 a 10 en promedio. El niño campesino desde muy temprana edad es llamado a colaborar en la siembra y en la cosecha, juntos con los demás familiares por lo que se desarrolla más el sentido de responsabilidad y adultez. Por ello no asiste a la escuela no se capacita ni adquiere la posibilidad de romper con el atraso rural. El trabajo de mujer no se

limita a la casa, si no que sale a las labores del campo y al comercio de sus productos agrícolas o artesanales. Los hombres en el campo trabajan más de 10 horas diarias a cambio de un ingreso insuficiente para la satisfacción de sus necesidades.

2. Familia Urbana: Comprende las clases sociales de las familias pobres (obreros, artesanos, comerciantes, etc. ...) localizadas en zonas alejadas del centro de la ciudad o en zonas menos urbanizadas, son más numerosas, por lo regular basadas en unión libre entre pareja y se desintegra por la separación de estos sin mayor problema; en esta familia si el hombre mantiene a la esposa e hijos lo hace sólo mientras dura la unión una vez separados ya no existe obligaciones paternales; por su parte los niños se habitúan a tal situación y con gran facilidad llaman padre al marido de la madre aun cuando saben que no son hijos de él.
3. Familia Burguesa: La relación prematrimonial está basada en un interés económico más que en un buen entendimiento, tanto el hombre como la mujer ven el matrimonio un negocio un negocio se busca el mejoramiento y la estabilidad económica.

En nuestro país la familia y los problemas de salud se encuentran sumamente vinculados influyendo el entorno, las influencias psico-sociales, ambientales, biológicas, así como del sistema nacional de salud y de modos o estilos de vida, los cuales son cada vez más amplios en relación con el desarrollo acelerado de la sociedad. Todo esto ha llevado a muchos países en el mundo a tomar la estrategia de salud familiar integrada, en su programa de atención integral a la familia, como unidad social de un pueblo²³.

²³ Encuesta Nacional de Salud y nutrición, resultados nacionales México 2012.

3.2 Antecedentes de estudios relacionados

- La L. E. O. Hernández Márquez Rosa María; en su estudio de caso de familia titulado Teoría del Déficit de Autocuidado como Base Educativa para Modificar Actitudes que Ayuden a la Familia a Recuperar la Salud²⁴.

Hace mención de las funciones de la Enfermera Especialista en Salud Pública realiza la importancia de proporcionar atención especializada a la familia con el fin de cubrir las necesidades de salud, facilitando el conocimiento para evitar factores de riesgo que pongan en peligro su salud y promoviendo el autocuidado.

Concluyendo que la atención a la familia es fundamental para el cuidado integral de los problemas de salud como para la promoción del autocuidado a la salud.

- Brenda Torrealba Romero en su estudio de caso Intervención de enfermería especializada a la familia V.M. Con déficit del autocuidado en la alimentación actividad y reposo²⁵.

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.

Las intervenciones se realizan en terreno conocido, en su ambiente cotidiano que les permite desenvolverse con más soltura y de esta forma interiorizar de forma más efectiva y provechosa. 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 los logros 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.

Su resolución es: la implementación de atención preventiva integrada y de cada una de las acciones contenidas en su trabajo hacen una aportación importante a la especialización de la Salud Pública en Enfermería al ser realizada por enfermeras Salubristas en la sociedad y en los sistemas de salud; partiendo desde Alma Ata y

²⁴ L.E.O. Rosa H.M. Teoría del Déficit de autocuidado como base Educativa para Modificar Actitudes que Ayuden a la Familia a Recuperar la Salud, ENEO, UNAM; México 2011

²⁵ Brenda T.R. Intervención de enfermería especializada a la familia V.M con déficit en el autocuidado en la alimentación actividad y reposo, ENEO, UNAM; México 2013.

la atención primaria a la salud, cada vez queda más claro el hecho de que el tipo de actividades se tienen que realizar para la atención de los individuos en este rubro, así mismo otorga una sistematización detallada de cómo se tiene que brindar dichas atenciones logrando que la enfermera en salud pública despliegue horizontes de atención no sólo “aplicando vacunas” sino participando en el cambio de la salud del país: Previniendo las enfermedades y fomentando los estilos de vida saludables.

- L. E. O. Irma Cortes Mendoza; en su estudio de caso Promoción del autocuidado con desviación de la salud nutricia.²⁶

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

Menciona que el objetivo general de la educación nutricia es buscar actitudes y hábitos que resulten benéficos para que las persona aprendan a realizar una selección de alimentos para una dieta nutritiva, para lograr este objetivo es necesario el conocimiento de los principios básicos de una educación nutricional y también el estudio profundo de los hábitos humanos en todas sus manifestaciones y la relación que guardan con la alimentación. El proceso de atención de enfermería es dinámico frente a la diversidad de necesidades del ser humano, estas son múltiples y complejas por lo que las respuestas y experiencias de vida familiar y de cada miembro constituyen una base importante.

- Lic. Annia Rojas Gallol, Lic. Sandra Pérez Pimentell, Management of nursing care in self-care deficit theory.²⁷

En su estudio Management of nursing care in self-care deficit theory, encuentran el autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el objetivo de mantener su vida y su estado de salud en pacientes ingresados en el Hospital "Amalia Simoni" de Camagüey, de

²⁶ L. E. O. Irma C. M. Promoción del autocuidado a una familia con desviación de la salud nutricia, ENEO, UNAM; México 2007

²⁷ Lic. Annia Rojas Gallol; Lic. Sandra Pérez Pimentell, et al, Management of nursing care in self-care deficit theory, articles' originals, Camaguey Cuba 2008.

enero a marzo 2008. Los Tipos de autocuidado; desglosa las acciones de autocuidado de mayor intervención; evaluación de las acciones, teniendo en cuenta los sistemas básicos de enfermería según esquema de Orem y evaluación del nivel de satisfacción. Este estudio les permitió conocer tomando en consideración las reflexiones de Orem valoran el interactuar del paciente y la enfermera(o), aspecto esencial en la función de los profesionales de enfermería, trabajan con el objetivo de satisfacer necesidades.

El predominio de las necesidades fisiológicas está dado al tener primacía acerca de las necesidades básicas, ya que son consideradas esenciales para la supervivencia. Según Maslow antes que una persona pueda proceder a buscar las necesidades de un nivel más alto es necesario que se satisfagan las más fundamentales, lo que guarda relación con los resultados de este estudio.

Tomando en consideración las reflexiones de Orem vigentes en la actualidad se ha insertado el modelo de sistemas básicos de enfermería donde se refleja el interactuar del paciente y el enfermero. De ahí la importancia de la gestión del cuidado enfermero donde nuestro ejército de profesionales trabaja en función de esta necesidad que resulta vital para el mejoramiento de la salud humana.

- Martha B.B.; Gandhi P. G., et. al Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso.²⁸

Para los resultados del pre-test, se detectó que el nivel de conocimientos de madres y niños acerca de la nutrición era insuficiente, y respecto a los estilos de vida saludables se hallaron óptimos en las madres por ende suficientes en los niños. El presente estudio coincide con los datos nacionales reportados y con los encontrados por Briz Hidalgo FJ, Cos Blanco AI y Amate Garrido A, quienes señalan una ligera prevalencia mayor de obesidad en mujeres con relación a los varones.

La educación en la nutrición, el interés y práctica de actividades deportivas y/o el ejercicio físico son factores vitales para la salud del escolar; se requiere complementar esfuerzos que induzcan a realizar una actividad física sana que promuevan hábitos alimenticios adecuados, lo cual requiere un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad. La obesidad en los niños es un asunto de gran preocupación a nivel nacional; cabe señalar que la educación en la nutrición y el deporte son factores vitales para la salud del escolar,

²⁸ Martha B.B, Gandhi P.G, et al Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso; Artículo de Enfermería Neurológica; editorial INNN vol.11; México 2012.

pues evitan el desarrollo del sobrepeso y la obesidad. Se requiere de una suma de esfuerzos para lograr estos objetivos.

La familia constituye un factor de apoyo importante para modificar los hábitos de vida sedentarios hacia otros cada vez más saludables, fundamentalmente en los niños con problemas de sobrepeso y obesidad.

Y aún cuando se han implementado estrategias e intentado diversas intervenciones educativas, éstas siguen siendo insuficientes para controlar el grave problema de la salud pública.

Los niños con sobrepeso u obesidad se benefician con las intervenciones educativas, particularmente con estrategias conductuales y cognitivo conductuales para mejorar la reducción de peso, es claro que hace falta asumir estrategias psicológicas en el niño y la familia que apoyen los cambios hacia los estilos de vida saludables, para así controlar este problema que aumenta cada día.

3.3 Representación gráfica de la familia

3.3.1 Genograma familiar

El genograma es la representación gráfica que, por medio de símbolos, permite recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado se su evolución y utilizarlo para la resolución de problemas. Esta representación gráfica es: multigeneracional, es decir debe incluir por lo menos tres generaciones, y registra información sobre los miembros de la familia y sus relaciones. Es como una fotografía dinámica que se construye durante la/las primeras entrevistas, luego se revisa y se completa a medida que se obtiene más información.

El genograma tiene dos componentes²⁹:

1. Estructural: es la representación de los diferentes miembros con sus lazos bilógicos y /o legales de tres generaciones. Incluye los siguientes aspectos:
 - a. Nombres, Edades (dentro del símbolo del miembro).
 - b. Fecha de nacimiento y muerte. Los miembros fallecidos se identifican con una X.
 - c. Enfermedades o factores de riesgo (a la derecha del símbolo).

²⁹ McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar, editorial Gedisa SA, Barcelona 1996

- d. Situación laboral, educación (a la derecha de cada símbolo).
- e. El matrimonio se reconoce por dos líneas verticales unidas por una horizontal y sobre ella se indica la fecha de matrimonio.
- f. Para indicar una separación se dibujará una barra inclinadas sobre la línea horizontal y para el divorcio dos y anotar fechas.
- g. Los hijos se representan uniendo con una línea vertical a la horizontal.
- h. Los acontecimientos vitales se representan encima del símbolo correspondiente con las siglas AV seguida de un número progresivo.
- i. El apoyo y la red social, se refiere a la información sobre a quién de los miembros recurren cuando tienen un problema económico, emocional o de otro tipo (se utiliza un asterisco sobre el símbolo y con un número señalamos el puesto que ocupa en la red social, a la izquierda y abajo del genograma indicamos el tipo de apoyo que puede ser afectivo, económico, etc.
- j. Al paciente índice lo identificaremos una doble línea.
- k. Estos datos se recogerán comenzando por la generación del paciente y fundamentalmente sobre el núcleo familiar, posteriormente se registra la información de la generación siguiente. En todos los genogramas deben figurar tres generaciones y se incluirán las familias de origen del paciente y su cónyuge en caso de que las hubiera.
- l. El genograma funcional completa la información obtenida y aporta la visión dinámica de las interacciones entre los miembros de la familia.
- m. Existe una simbología propia que facilita el análisis de las influencias de la dinámica del grupo que pueden tener y que se relacionan con el problema del paciente.
- n. Fusionados: tres líneas paralelas.
- o. Unidos: dos líneas paralelas.
- p. Distantes: una línea paralela.
- q. Apartados: una línea cortada tangencialmente por otra línea.
- r. Conflictivos: una línea quebrada que une a los dos individuos.
- s. Fusionados conflictivos: dos líneas paralelas que su interior contiene una línea quebrada.

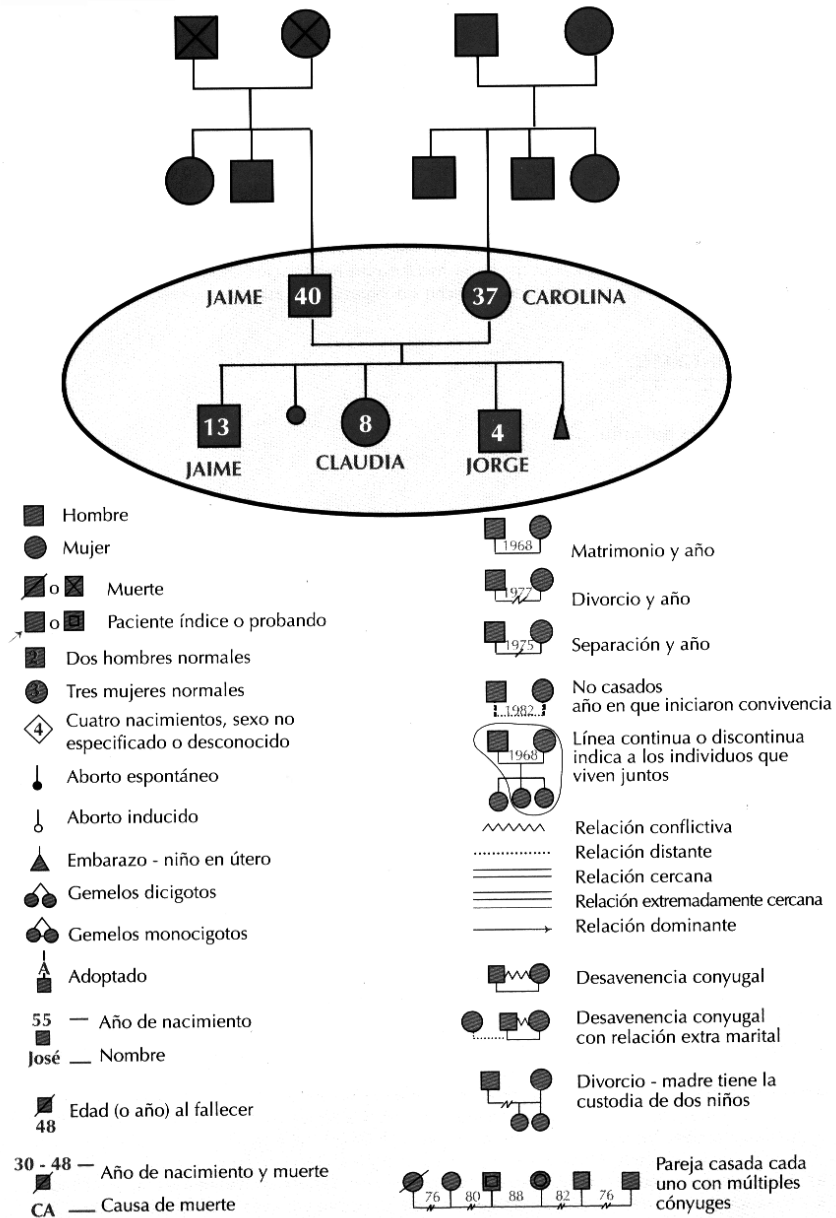
2. Funcional: indica las interacciones que existe entre los integrantes de la familia y se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre los miembros.³⁰

³⁰ Ibídem p. 20

La definición de Fleitas quien lo describe como la representación gráfica que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y utilizarlo para la resolución de problemas clínicos.

Este instrumento proporciona una visión de la estructura familiar y sus interacciones a modo de fotografía.³¹

Genograma

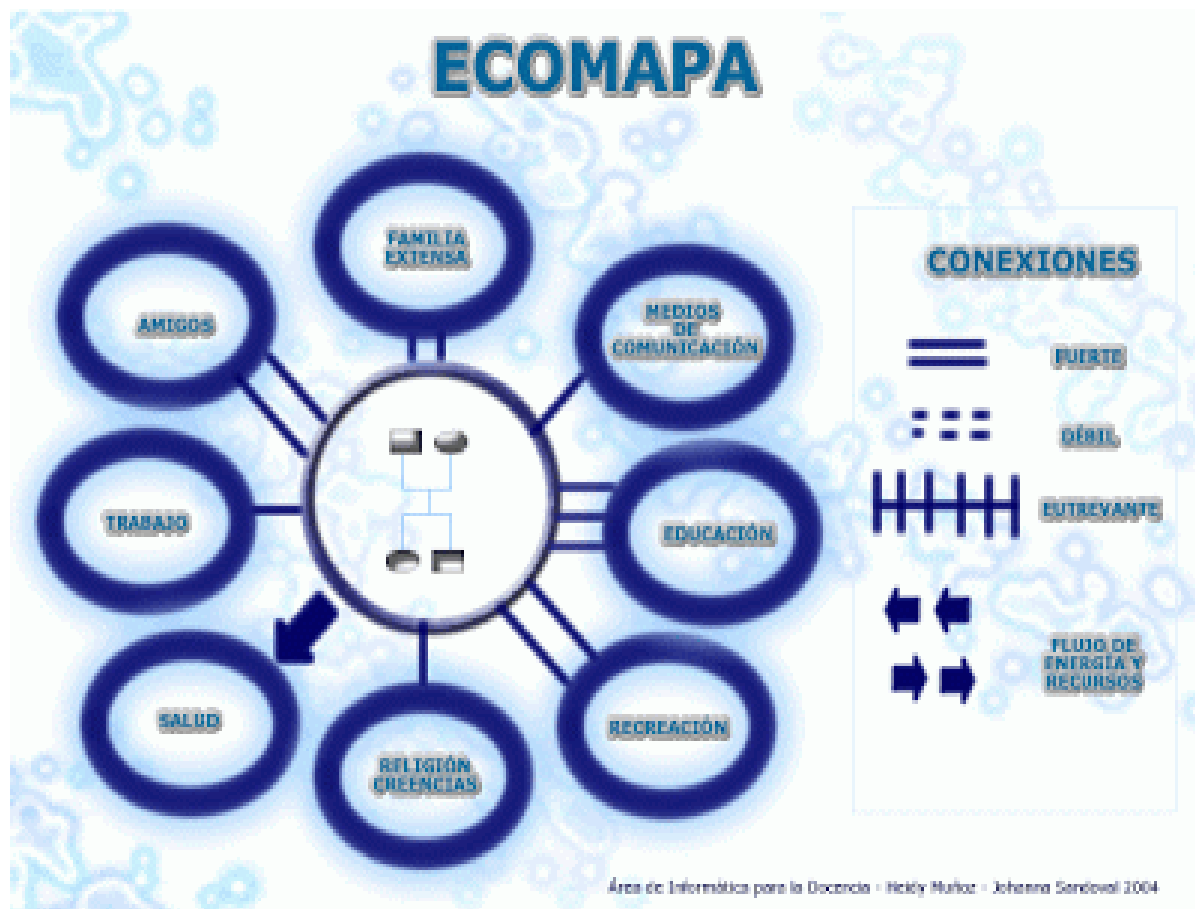


³¹ Luis de la Revilla, El Genograma mucho más que un dibujo; Revista No todo es Cínica, Granada España 2011

3.3.2 Ecomapa

El ecomapa dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea al familiar: las conexiones importantes, los límites intrasistémicos, los conflictos, los recursos, las carencias, además de la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos, o sea en sus relaciones con el suprasistema, la sociedad, y/o con otros sistemas.³²

De forma práctica se plasma en un gráfico que se elabora conjuntamente con la familia. Con ello pretendemos conocer el grado de conexión social de cada miembro y del grupo familiar, horarios de convivencia familiar, vinculación exterior del grupo, energía disponible, nivel de socialización.



³² Quintero, A. M. "Notas de clases". Seminario de Dinámica de Grupos. Medellín. Maestría en Orientación y Consejería, Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, 1983.

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1. Conceptualización de la enfermería

La ciencia de la enfermería se derivó principalmente de las ciencias sociales, biológicas y médicas.

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y con las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. De ahí la importancia de que el personal de enfermería comprenda los cambios que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados³³.

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias. Al utilizar este concepto debe hacerse referencia a Thomas Khun, que lo utiliza como eje central de su visión de la ciencia a partir de su concepción de "ciencia normal" y de la naturaleza de las evoluciones científicas. Es evidente que la filosofía de la ciencia, dictada por Khun, ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia.

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de pre paradigma al de paradigma, Los paradigmas dominantes (modelos) proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal fue aceptada por la mayoría de sus miembros. Es por ello, que en el trabajo que realizan los enfermos se observan características de los distintos paradigmas que se han ido manifestando a lo largo de la historia, los cuales en período de transición se superponen sin que una forma de pensamiento supere totalmente a la anterior. Esto es aplicable a cualquiera de los campos en que se puede orientar el trabajo de enfermería.

³³ José Ramón M.R.,Rafel P. C. Enfermería en Atención Primaria,1ª edición, Editorial Lexus, 2012 Madrid Valencia 2008.

En 1966 la OMS definió a la enfermera como la persona que ha terminado los estudios básicos de enfermería, está capacitada y autorizada para asumir la responsabilidad de los servicios de enfermería; que exige el fomento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos.³⁴

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE 1973) tiene la siguiente definición: "La única función de la enfermera es la asistencia al individuo, sano o enfermo en la realización de las actividades que mantienen la salud o la restablecen (o una muerte tranquila) que las llevaría a cabo ella sola si tuviese la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios".³⁵

La Asociación Americana de Enfermeras (ANA 1973) expresa que: "La práctica de enfermería es un servicio directo con un fin ambientado y adaptado a las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad, tanto en la salud, como en la enfermedad"³⁶.

Susan Leddy (OPS 1989) expresa: "La enfermería es un proceso complejo que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos".³⁷

Al analizar los conceptos anteriores encontramos aspectos relevantes tales como:

- Es educar, cuidar y preocuparse por las personas.
- Es un servicio a los enfermos, sus familias y comunidades.
- Es un proceso dirigido a la promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Es un servicio personal, en contacto directo al usuario y familia.
- Debe adaptarse a las necesidades individuales de los usuarios y personas sanas.
- Existe como respuesta a las necesidades de la sociedad.

De lo anterior podemos concluir:

1. Enfermería es un proceso que comprende una serie de acciones dirigidas hacia el fomento, mantenimiento y restablecimiento de la salud, hacia la prevención de las enfermedades, el alivio del sufrimiento, y a la seguridad

³⁴ Organización Mundial de la Salud. Cuarto Informe del Comité de Expertos de Enfermería. 1979 Ginebra: OMS.

³⁵ Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. 1979 Ginebra: CIE/OMS.

³⁶ José Ramón M. R. Rafael P.C. op cit

³⁷ La Enfermería en la Región de las Américas. Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1999 Washington: OPS.

de una muerte tranquila, además actualmente interviene en las políticas públicas saludables.

2. La enfermería como profesión es única porque aplica de forma humanística e integral las reacciones de los pacientes y familias a los problemas de salud presentes y potenciales.

La Asociación Canadiense de Enfermeras (CAN) en 1984, señala que la Enfermería es una ciencia humanística que identifica y trata las respuestas a los problemas reales o potenciales del usuario, también menciona que las funciones básicas son: promoción a la salud, prevención de la enfermedad, el tratamiento de enfermedad, el alivio al sufrimiento y la rehabilitación, cuidando siempre la interacción armónica de la persona y el ambiente que lo rodea.³⁸

Virginia Henderson, King, Orlando y Peplau menciona que la enfermería ayuda a satisfacer las necesidades básicas del usuario, a fin que estas lleven a cabo las actividades de la vida diaria y a enfrentarse con la salud y la enfermedad en el ciclo de la vida.

A partir del siglo XX un número mayor de profesionales se dedicó a desarrollar modelos de enfermería, que brindan las bases para elaborar teorías y avanzar en el conocimiento de la profesión. Muchas aportaciones y discusiones coinciden con algunas premisas como Enfermería es:

- a. Cuidado
- b. Un arte
- c. Está centrada en el usuario
- d. Es holística
- e. Es adaptable

La enfermería es una disciplina práctica y por lo tanto las ideas innovadoras deben surgir de la práctica con una buena fundamentación teórica, en relación con las necesidades de cuidado para mantener la salud de los individuos y de la sociedad.

En México, la Enfermería nace en los hospitales poco después de la llegada de los españoles, y con esto se crearon órdenes religiosas en donde contrataban mujeres del campo y solo les pagaban con comida y techo. En la época de la revolución se eliminan estas órdenes y solo se seguía con la atención empírica. El auge de la capacitación fue dado en la época del Porfirito, fue dada por médicos y los requisitos eran tener la primaria y solo cursar dos años de la carrera, posteriormente era primaria –tres años de carrera, después secundaria-tres años de carrera y un año de servicio social. Con esto crece la Enfermería con el amparo

³⁸ Ibidem p. 25

médico y considerándose como un arte y una técnica para ayudarlos y no al paciente. Las primeras enfermeras tituladas fueron en la década del Presidente Manuel Ávila Camacho. Aproximadamente para 1945 se obtuvo la autonomía de la enfermera en relación a la medicina, dependencia que se iniciaba desde las escuelas que formaban parte de las facultades de medicina. Pero desafortunadamente los médicos siguieron creando y eliminando especialidades a sus necesidades. A partir de 1960, la enfermera empieza a tomar su lugar entre los profesionales de salud ya que se inicia la investigación sobre la ciencia y los ochentas se inician investigaciones sobre las relaciones humanas.³⁹

4.2. Paradigmas

El paradigma se define como los conceptos globales del fenómeno de interés de la disciplina de enfermería; Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas enfermeras para dar lugar a la generación de modelos conceptuales⁴⁰.

Todos estos conceptos se pueden caracterizar de la siguiente forma:

- La persona que recibe los cuidados.
- El entorno en el que existe la persona.
- El concepto de salud, como meta de la persona en el momento de su interacción con la enfermera.
- Las propias acciones de enfermería.

Debe incluir:

- Descripción de la persona que recibe la atención de Enfermería (usuario).
- Descripción general de la naturaleza del medio ambiente que rodea el usuario incluyendo el contexto sociocultural.
- Naturaleza de la profesión: la Enfermería se concibe como una disciplina de ayuda, con énfasis en las relaciones interpersonales enfermera-usuario. Lo que permite establecer que en enfermería la persona interactúa como participante de las intervenciones.
- Salud: este concepto articula los tres anteriores, constituye el objeto de la Enfermería que es promover, prevenir, recuperar y/o mantener en un nivel óptimo la salud en las personas.

³⁹ Lutecia Chacón Álvarez del Castillo. Conceptualización de enfermería. Revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, Vol. 6 Núm. 1, México 1995. Pag. 39-42.

⁴⁰ Mariner T. A. Modelos y teorías de enfermería. Mosby-Doyma. Tercera edición. 1994 Madrid España. Pág. 30-49.

Paradigma acorde a cada teoría

Teoría	Persona	Entorno o ambiente	Salud	Enfermería
Florence Nightingale. “Teoría del entorno”	Ser humano afectado por el entorno y bajo la intervención de una enfermera, denominada por Nightingale como paciente.	Condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida.	Ausencia de enfermedad y capacidad de utilizar plenamente sus recursos.	La que colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad. La que facilita la reparación de una persona.
Virginia Henderson. “Definición de enfermería”	Individuo que necesita de la asistencia para alcanzar una salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. Influida por el cuerpo y por la mente. Tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.	Sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera.	Capacidad de actuar de forma independiente en relación con las 14 necesidades.	La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008

Teoría	Persona	Entorno o ambiente	Salud	Enfermería
Sor Callista Roy. "Modelo de adaptación"	Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio. Tiene cuatro modos de adaptación: modo fisiológico, modo auto concepto, modo función según roles y modo de interdependencia.	Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona.	Estado y proceso de ser una persona integral y unificada. Es una adaptación resultante de éxito obtenido en cada uno de los cuatro modos.	Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento.
Doroty Johnson. "Modelo de sistemas conductuales"	Colección de subsistemas de comportamentales en búsqueda de equilibrio	Insumo de fuentes externas a la persona.	Logro del equilibrio dinámico que sobreviene durante el proceso evolutivo de la salud.	Fuerza externa destinada a restablecer la estabilidad del sistema.
Hildegard Peplau. "Enfermera psicodinámica"	Es considerada como un organismo que vive en un equilibrio inestable. La vida es el proceso de luchar por lograr un equilibrio estable, es decir un patrón fijo que no se alcanza si no con la muerte.	Otras personas importantes con quien interactuó el individuo.	Nivel productivo de ansiedad que permite una actividad interpersonal y el cumplimiento de tareas de desarrollo personal.	Se ocupa de las necesidades de salud, de individuos y grupos de la comunidad. Proceso terapéutico interpersonal, que se realiza a través de la relación entre el individuo y la enfermera.

Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008

Teoría	Persona	Entorno o ambiente	Salud	Enfermería
Myra Estrin Levine “Los cuatro principios de conservación”	Individuo enfermo en el hospital, quien es el centro de los cuidados de enfermería.	Compuesto por el medio donde se encuentra el paciente, las personas que lo rodean y los factores que impactan al individuo y crean un cambio en el.	La salud y la enfermedad son las estructuras de cambios adaptativos de la integridad.	Es una interacción humana, cuyas actividades incluyen el uso de los principios científicos mediante la aplicación del proceso de enfermería, el cual consta de valoración, actuación y evaluación.
Ramona Mercer “Adopción del papel maternal”	Se refiere al “Si mismo” a través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.	No lo define. Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.	Percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.	Se refiere a ella como una ciencia que está evolucionando desde una adolescencia turbulenta a la edad adulta. Las enfermeras son las responsables de proveer salud, dada la continua interacción con la gestante durante toda la maternidad.

Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008

Teoría	Persona	Entorno o ambiente	Salud	Enfermería
<p>Imonege King. “Teoría del logro de metas”</p>	<p>Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo. Correcto autoconocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud. Tiene tres necesidades de salud fundamentales: Información sanitaria útil y oportuna; Cuidados para prevenir enfermedades; Ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.</p>	<p>Sistema abierto que posee fronteras permeables y permite los cambios de materia, energía e información con la persona.</p>	<p>Ajuste dinámico a los estresantes del medio interno y externo para la utilización óptima de recursos a fin de que la persona cumpla su máximo potencial en la vida cotidiana y en la funciones sociales</p>	<p>Es considerada como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción; las imperfecciones de la enfermera y cliente, influyen en la relación. Promueve, mantiene y restaura la salud, y cuida en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo. Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados de enfermería.</p>
<p>Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008</p>				

Teoría	Persona	Entorno o ambiente	Salud	Enfermería
Betty Neuwman "Modelo de sistemas"	Se refiere al receptor de los cuidados, lo considera como un sistema abierto donde puede recibir información del entorno: (positivo o negativo), de la cual se retroalimenta, mientras mantiene una tensión dinámica entre lo que recibe y lo que experimenta. Mantener un equilibrio.	Se refiere en general a condicionantes que influyen en la persona/cliente, tanto internos como externos o de relación. La persona/cliente se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno.	Estado dinámico de bienestar de enfermedad que está determinado por las variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y espirituales relacionadas con el desarrollo.	Rol del cuidado, es el facilitador que ayuda a un individuo, familia o comunidad a centrarse en su patrón específico mediante la negociación.

Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008

4.3. Teoría de enfermería

Teoría se define como un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos y con el ánimo de describir, explicar y predecir dicho fenómeno.⁴¹

Modelos conceptuales son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación (fawcett, 1996).⁴²

La diferencia entre un modelo y una teoría consiste en el nivel de desarrollo alcanzado; las teorías muestran un ámbito menos extenso que los modelos y son más concretas en su nivel de abstracción, se centran en el desarrollo de enunciados teóricos para responder a cuestiones específicas de enfermería.

Las teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica en los siguientes aspectos:

- **Educación:** son la guía en el proceso general para elaborar un plan de estudios; los programas y las actividades de enseñanza aprendizaje y con esto facilitar la organización del conocimiento.
- **Administración:** provee una estructura sistemática para observar las condiciones e interpretar circunstancias administrativas del cuidado de enfermería de manera específico.
- **Práctica clínica:** proveen guías generales para la aplicación del conocimiento con un enfoque y organización basada en los conceptos propuestos por la teoría de Enfermería y en el método de trabajo de enfermería o Proceso Atención Enfermería.
- **Investigación;** las teorías y modelos guían al investigador con respecto al problema a estudiar, plan de análisis, metodología, instrumentos, procedimientos y diseño. La investigación a su vez evalúa a la teoría, ya que se puede desechar o realizar modificaciones con base a los resultados obtenidos.

⁴¹ Fanny Cisneros G. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad del Cauca Colombia. Programa de Enfermería. Fundamentos de Enfermería. Popayán, Febrero de 2008. Pág. 1

⁴² Idem p. 27

Clasificación de las teorías

Según el enfoque: Afaf Meleis en 1985 (Profesora de la Universidad de California)

Tipos de teorías	Foco	Exponentes
Teorías de Necesidades	Se enfoca en lo que las Enfermeras hacen.	Dorothea Orem, Abdellah y Virginia Henderson.
Teoría de Interacción	Se dirige a ver como la enfermera realiza o conduce el cuidado	Teoría de King, Paterson y Zedral
Teoría de Resultados	Se centra en los resultados del cuidado y en la naturaleza del receptor del cuidado	Doroty Jonson, Levine, Martha Rogers, Sor Calixto Roy

Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008

Según la Visión del ser: Jacqueline Fawcett en 1995 (Profesora de la Universidad de Massachetts-Boston, autoridad internacional reconocida en el análisis y evaluación de los modelos conceptuales de enfermería).

Según la visión del ser	Según la estabilidad Esperada	Según el énfasis
Organicista	Búsqueda de la persistencia	Sistemas
Mecanicista	Búsqueda de cambio	Interacción

Fuente de información: Programa de Enfermería, Universidad de CUACA Colombia; 2008.

Historia de las teorías de enfermería

1. 1860 a 1959.

- a. Florence Nightingale desarrolló su “Teoría del Entorno”, funda la revista “Nursing Research”.
- b. Hildegard Peplau publica su “Modelo de Relaciones Interpersonales”, “Interpersonal Relations in Nursing”.
- c. Virginia Henderson pública “Definition of Nursing”.

2. 1960 a 1969.

- a. La Escuela de Enfermería de la Universidad de Yale, de New Haven, Connecticut, definió la enfermería como un proceso, interacción y relación.
- b. El gobierno de los Estados Unidos consolida los programas de doctorado y experto en enfermería.

- c. Faye Abdellah publica su “Teoría de Tipología de los problemas de Enfermería”.
 - d. Ida Orlando publica su “Teoría del proceso Deliberativo”.
 - e. Lydia Hall publica su “Modelo del Núcleo, el Cuidado y la Curación”.
 - f. Ernestine Wiedenbach publica su “Teoría del Arte de Cuidar de la Enfermería Clínica”.
 - g. Myra Levine publica su “Modelo de la Conservación”.
 - h. Doroty Johnson publica su “Modelo de Sistemas Conductuales”.
- 3. 1970 a 1979.**
- a. Martha Rogers publica su “Modelo de los Seres Humanos Unitarios”.
 - b. Dorothea Orem publica su “Teoría General de la Enfermería”.
 - c. Imogene King publica la “Teoría del Logro de Metas”⁴³.
 - d. Betty Neuman publica su “Modelo de Sistemas”⁴⁴.
 - e. La Hermana Callista Roy publica su “Modelo de Adaptación”.
 - f. Madeleine Leininger publica su “Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales”.
 - g. Jean Watson publica su “Teoría del cuidado Humano”.
- 4. 1980 a 1989.**
- a. Evelyn Adam publica su “Modelo Conceptual de Enfermería”.
 - b. Joan Riel-Sisca publica su “Modelo de Interaccionismo Simbólico”.
 - c. Rosemary Rizzo Parse publica su “Teoría del Desarrollo Humano”.
 - d. Joyce Fitzpatrick publica su “Modelo de la Perspectiva de Vida”.
 - e. Kathryn Barnard publica su “Modelo de Interacción Padre-Hijo”.
 - f. Helen Erickson, Evelyn Tomlin y Mary Ann Swain publican su “Teoría Modelación del Rol”.
 - g. Patricia Benner publica su “Modelo del Aprendiz al Experto”.
 - h. Ramona Mercer publica su “Teoría del Talento para el Papel Materno”.
 - i. Margaret Newman publica su “Teoría de la Salud”.

Teoría de enfermería del déficit de autocuidado (TEDA).

⁴³ Idem p. 33.

⁴⁴ Lutecia Chacón Álvarez del Castillo. Conceptualización de enfermería. Revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social (México), Vol. 6 Núm. 1, 1995. Pág. 39-42.

Biografía de Elizabeth Dorothea Orem⁴⁵

Elizabeth Dorothea Orem, nació en 1907 Baltimore, Maryland. 1930: recibió el diploma de Enfermería por Providence Hospital en Washington D. C.

- 1940 a 1949: obtuvo el cargo de directora en la escuela de enfermería en el Providence Hospital de Detroit.
- 1949 a 1957: en la División de Hospitales y Servicios Instituciones de Indiana Consejo Estatal de Salud, donde su meta era mejorar la calidad de la enfermería en los hospitales generales de todo el estado.
- 1957: trabajo en la Oficina Escolar de Washington en el Departamento de Salud, Educación y Asistencia Pública, como asesora de programas de estudio y en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras.
- 1959: publicó directriz para el desarrollo de planes de estudio para la enseñanza de las enfermeras prácticas. También continuó como profesora y desarrollando su concepto de enfermería y autocuidado en la The Catholic University of America (CUA), la formalización de los conceptos se daba a veces por sí sola y a veces juntamente con otros conceptos.
- 1970: abandona esta universidad para fundar su propia empresa de consultoría.
- 1971: publica el libro de Enfermeras: Conceptos de Practica.
- 1976: recibió por la Universidad de Georgetown el título honorario de Doctorado en ciencias.
- 1980: recibió el premio Asociación de Antiguos Alumnos por la Teoría de Enfermería de la CUA.
- 1984: Orem se jubiló.
- 1988: el Doctorado en Letras humanas en la Universidad de Wesleyan, Illinois.
- 1998: reconocimiento de Doctorado por ser honoraria de la Academia Americana de Enfermería por la universidad de Missouri.
- 2001: reside en Savannah, Georgia continua activa desarrollando su teoría.

⁴⁵ Taylor SG. Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. 2007, España: Elsevier;

4.3.1. La Teoría General de la Enfermería de Elizabeth Dorotea Orem.

Está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: **Teoría del Autocuidado**, **Teoría del Déficit de Autocuidado** y **Teoría de los Sistemas de Enfermería**.

Los componentes del paradigma⁴⁶ de Orem los define como:

- **Persona.**- un organismo biológico, racional y pensante; tiene la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno. Capacidad para simbolizar lo que experimenta y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros.
- **Enfermería.**- ayuda al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.
- **Entorno.**- todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.
- **Salud.**- un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería.

Teoría del autocuidado⁴⁷

Dorothea Orem contempla el concepto “auto”; como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto “cuidado”; como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar a cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado

⁴⁶ Vega Angarita, Olga m. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y cuidado. Volumen 4. No. 4. México 2008. Pág. 29.

⁴⁷ Taylor SG. Op cit, p.36.

conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Dentro de esta teoría se incluyen varios elementos:

■ Requisitos de Autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se consideran necesarias para la regulación del funcionamiento y desarrollo humano. Un requisito de autocuidado formulado comprende:

- a) El factor que se debe controlar para mantener con la vida, la salud y el bienestar personal.
- b) La naturaleza de la acción requerida.
- c) Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, (los objetivos del autocuidado).

■ Requisitos de Autocuidado Universal

Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

- a) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- b) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- c) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- d) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- e) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- f) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
- g) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- h) Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial.

■ Requisitos de Autocuidado de Desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo promueven los procesos de la vida y la madurez, y previenen las condiciones que eliminan la madurez o las que mitigan esos efectos.

■ Requisitos de Autocuidado en Desviación de la Salud

Son los resultados acordes a:

1. Defectos genéticos y constitucionales

2. Defectos o inhabilidades estructurales
3. Funcionales del ser humano
4. Efectos de medidas teóricas como dx. y tx

Teoría del déficit del autocuidado

a) Agencia de Autocuidado⁴⁸

Es la compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos del cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen la integridad de la estructura, el funcionamiento y desarrollo promoviendo el bienestar humano. El papel de enfermería en los sistemas de apoyo/educación, sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones. Esto se limitará a tomar decisiones, comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudarle a su aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. El papel de Enfermería es principalmente regular la comunicación y el desarrollo de las capacidades, mientras que el propio paciente realiza su autocuidado.⁴⁹

El déficit debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen. El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos y las demandas que estos tienen para actuar en su autocuidado, o para los que dependen de él. Debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen. El déficit de autocuidado es una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos y las demandas que estos tienen para actuar en su autocuidado, o para los que dependen de él.

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 terapéutico.⁵⁰

⁴⁸ Mariner T.A Op cit, p. 27

⁴⁹ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Antología de teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado, editorial UNAM, 2ª Edición, 2009 México.

⁵⁰ Pereda Acosta, M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Rev. Enf. Neurol. 2011; Vol. 10, (3): 163

- b) Déficit de autocuidado completo.-se identifica cuando no hay capacidad para satisfacer la demanda del cuidado terapéutico.
- c) Déficit de Autocuidado Parcial.-que puede ser extenso o limitarse a una incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos del autocuidado dentro de la demanda del cuidado terapéutico.
- d) Necesidades de autocuidado terapéutico.- son el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.
 - 1. Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano, suficiente: agua, aire, comida.
 - 2. Cubrir el elemento de actividad de la necesidad: mantenimiento, promoción, prevención y provisión.⁵¹

Las actividades de autocuidado es una compleja capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos del cuidado de uno mismo, regulan los procesos vitales, mantienen la integridad de la estructura, el funcionamiento y desarrollo promoviendo el bienestar humano.

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:

- 1. Falta de ocupación continua en el autocuidado, o falta de adecuación de lo que se hace para cubrir los requisitos de autocuidado.
- 2. Toma de conciencia limitada, o falta de conciencia, del yo y del entorno, excluyendo la debida al sueño natural.
- 3. Incapacidad para recordar pasadas experiencias en el control de la conducta.
- 4. 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.
- 5. 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.
- 6. Necesidad de los individuos de incorporar en sus sistemas de autocuidado medidas de autocuidado complejas, recientemente prescritas, cuya

⁵¹ Vega Angarita, Olga. Op cit, p. 37

realización requiere la adquisición de conocimientos y habilidades mediante el entrenamiento y la experiencia.⁵²

Teoría de los sistemas de enfermería

Se refiere a la secuencia de acciones prácticas deliberadas que lleva a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

Orem ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la relación de ayuda o suplencia de las enfermeras hacia el paciente:

1. Actuar en lugar de la persona.
2. Ayudar y orientar.
3. Apoyar físicamente y psicológicamente.
4. Enseñar a la persona sobre su autocuidado.
5. Procurar un entorno que favorezca el desarrollo.

La orientación de los cuidados de enfermería se orientan en sistemas:

1. Totalmente compensatorios: es cuando la enfermera proporciona la totalidad del cuidado terapéutico a la persona. Comprende:
 - a. Realización del autocuidado.
 - b. Regular el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
 - c. Hacer todo por la otra persona.
2. Parcialmente compensatorio: cuando la enfermera y paciente realiza conjuntamente el cuidado. Comprende:
 - a. Realizar algunas medidas del autocuidado.
 - b. Compensar las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado.
 - c. Ayuda al paciente en lo que necesite.
 - d. Hacer con el otro las actividades.
3. Educativo de soporte:
 - a. Realizar el cuidado terapéutico del paciente.
 - b. Compensar la capacidad del paciente para realizar su cuidado adecuadamente.
 - c. Apoyar y proteger al paciente.
 - d. Dejar hacer lo que le corresponde en totalidad de su autocuidado.

⁵² Ibídem p. 39

4.4. Teoría de otras disciplinas

Modelo de desarrollo familiar

Evelyn Duvall (1977) organiza la evolución de la familia y proporciona una guía para examinar y analizar los cambios y tareas básicas comunes en la evolución de la mayoría de las familias durante su ciclo de vida, aunque cada familia tiene características únicas y patrones normativos de evolución secuencial.

Las etapas de evolución de la familia están marcadas por la edad del niño mayor, aunque existen algunas etapas que se superponen cuando hay varios niños en la familia⁵³.

- Etapa I. Origen de la familia: Comienza con el matrimonio cuando se establece una relación mutuamente satisfactoria. Las tareas de la pareja estarán centradas en la formación de una relación íntima y el balance entre ellos, planificación de la familia y establecimiento de relaciones armónicas con la familia (padres, suegros, hermanos, hijos) y nuevos amigos. El embarazo y la preparación para el rol de padres son también tareas críticas durante esta etapa.
- Etapa II. Parto temprano: Comienza con el nacimiento del primer hijo, transcurre desde que el niño es un recién nacido hasta cumplir los 3 meses, durante este tiempo las tareas de la familia se centran en la satisfacción de las necesidades y demandas del infante, al mismo tiempo que continúan como tareas el mantenimiento de la estabilidad y desarrollo del hogar. La responsabilidad de los roles de padre y madre es también una tarea fundamental de la etapa.
- Etapa III. Familia con pre-escolar: Comienza con la adaptación de los padres a las demandas, intereses y necesidades del niño pre-escolar. Durante la adaptación a las necesidades del pre-escolar, los padres pueden sentir sus energías y privacidad reducidas con el nacimiento de otro hijo. Los padres experimentan un incremento de las responsabilidades en la crianza de sus hijos y la necesidad de mayor espacio en el hogar, así como la necesidad de más tiempo personal para mantener la intimidad y la comunicación como pareja.
- Etapa IV. Familia con niños escolares: Comienza cuando los niños inician la escuela. Las tareas de la familia giran alrededor del ajuste de actividades comunitarias del niño y el mantenimiento y satisfacción de las relaciones materiales. Las tareas fundamentales incluyen un balance del

⁵³Colectivo de autores, Enfermería familiar y social, Editorial Ciencias Médicas; La Habana 2004.

tiempo y energía para satisfacer las demandas de trabajo, las necesidades y actividades de sus hijos, el interés social del adulto y los requerimientos de la comunicación y armonía en las relaciones maternas y con parientes políticos.

- Etapa V. Familia con adolescentes: Comienza cuando el niño se convierte en adolescente, en este momento se inicia una gran emancipación, con el desarrollo se va incrementando la independencia y autonomía del hijo. Las tareas fundamentales de esta etapa son: el mantenimiento de una comunicación abierta entre padres y adolescente, continúa las relaciones parentales, el establecimiento de intereses externos a medida que el adolescente se separa del hogar.
- Etapa VI. Salir del centro familiar: Comienza cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último hijo se ha ido. Ambos padres deben preparar a sus hijos para vivir independientemente y al mismo tiempo, aceptar la salida del hogar. Después que los hijos hayan partido, los padres deben reorganizar y restablecer la unidad familiar. Los roles de esposo y esposa cambian durante este período, con el nacimiento de los nietos el rol de padres y su propia imagen requieren algunos acondicionamientos familiares.
- Etapa VII. Edad madura de la familia: Comienza después que los hijos hayan abandonado el hogar. Cuando la familia llega a la edad madura, los padres tienen más tiempo e independencia para cultivar los intereses sociales y comodidad. Este período también es una etapa para reedificar el matrimonio y el mantenimiento de relaciones entre ambos, con los padres envejecidos, con los nietos y otros familiares; además, deben prepararse para la jubilación, ocuparse del mantenimiento de la salud física y emocional. La actividad profesional es otra tarea de esta etapa.
- Etapa VIII. Maduración familiar: Comienza con la jubilación de uno de los esposos y continúa hasta la muerte de ambos. Las tareas fundamentales de esta etapa son: el mantenimiento de suficiente energía y motivación para realizar actividades agradables con una posible limitación financiera y de salud, aceptar cambios en el estilo de vida y la muerte del cónyuge y amigos. En este período la pareja puede cerrar el hogar y trasladarse a una comunidad de jubilados.

Modelo de Dubal: Evolución, etapas y tareas de la familia.⁵⁴

Etapas de evolución tareas básicas de la familia	Tarea de la familia
I. Origen de la familia	Mantenimiento físico
II. Parto temprano	Asignación de recursos
III. Familia con pre-escolar	División de labores
IV. Familia con escolares	Socialización de los miembros
V. Familia con adolescentes	Reproducción, reclutamiento y desprendimiento de los miembros
VI. Salida del centro familiar	Mantenimiento del orden
VII. Edad madura de la familia	Máxima integración de los miembros a la sociedad
VIII. Maduración de la familia	Mantenimiento de motivación y moral

Fuente de información: Modelos y teorías de enfermería, Republica Bolivariana Venezuela; 2011

Modelo estructural - funcional de la familia

Marilyn Friedman(1986) basa su modelo en la interacción de suprasistemas en la comunidad y con los miembros de la familia en forma individual como un subsistema. El modelo está formado por dos enfoques: funcional y estructural. Los componentes del enfoque estructural son: composición de la familia, sistema de valores, patrones de comunicación, roles y jerarquías. Por su parte el enfoque funcional integra como elementos objetivos; las necesidades físicas y cuidados económico y reproductivo, las relaciones sociales y lugar de la familia en la sociedad.

Este modelo proporciona una organización para examinar la interacción entre los miembros de la familia y dentro de la comunidad. El modelo incorpora los aspectos físicos, psicosociales y culturales de la familia, junto con la interacción entre ellos; además, es de total aplicación a través del proceso de atención de enfermería, a cualquier tipo de familia y ante variados problemas de salud.

Modelo familiar Calgary

Este modelo reúne diferentes teorías y es el resultado de la adaptación realizada por profesoras de enfermería de la Universidad de Calgary, Canadá.

⁵⁴ Idem. p. 42

Está basado en tres categorías fundamentales: estructura, desarrollo y funciones de la familia. El estudio de la estructura familiar incluye los aspectos internos y externos.⁵⁵ En el aspecto interno se contempla la composición familiar, el rango de orden de sus miembros (jerarquía), diferentes subsistemas según las generaciones, sexo, intereses, funciones y por último fronteras o normas de la familia. En cuanto al aspecto externo de la estructura familiar se contempla: la cultura, la religión, el status de clase social, medios y familiares lejanos. En el desarrollo familiar se refiere a las etapas, tareas y atribuciones de cada miembro. La tercera categoría referida a las funciones de la familia, la clasifica en instrumental y expresivas. Las funciones instrumentales se refieren a las actividades diarias de la vida y la repartición de las tareas, por su parte las expresivas incluyen: comunicación, solución de problemas, roles, control, creencias, actitudes, expectativas, valores, prioridades y aleaciones, coaliciones, dirección, balance e intensidad de las relaciones entre los miembros.

Este modelo es complejo, con muchos subconceptos para la exploración de enfermería en cada familia. Cuando se utiliza este modelo, la enfermera debe determinar qué situaciones son más importantes y cuál será el foco de atención, además, debe adquirir información general sobre otras áreas. El modelo familiar de Calgary puede ser aplicado en cualquier tipo de familia con diversos problemas de salud.

Modelo de McGill (Promoción de la salud en la familia)

Moyra Allen (1980)

Este modelo orientado hacia la promoción de salud de la familia fue elaborado por una teórica canadiense, su modelo conocido como el Modelo McGill es considerado indistintamente como modelo conceptual o de intervención. Inspirada en el enfoque sistémico, Allen postula que la salud de una nación es el recurso máspreciado y que los individuos, familias y comunidades aspiran a una mejor salud y están motivados para lograrla. También sostiene que la salud se aprende por el descubrimiento personal y la participación activa, principalmente en el seno de la familia⁵⁶.

Según Allen, el primer objetivo de los cuidados de enfermería es la promoción de la salud, mediante el mantenimiento, el fomento y el desarrollo de la salud de la familia y de sus miembros por la activación de sus procesos de aprendizaje. Las características de la relación enfermera y la familia son la negociación,

⁵⁵ Ibídem, pag 40

⁵⁶ Colectivo de autores, Bases conceptuales de Enfermería, Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2008.

colaboración y coordinación. Los principales conceptos del modelo son: familia, salud, aprendizaje y colaboración. Estos conceptos forman una estructura organizadora para los cuidados aplicados a la situación de salud, posee la familia una gran influencia sobre sus miembros e inversamente, cada miembro influye en la familia. El individuo y la familia son sistemas abiertos en interacción constante el uno con el otro, con el entorno y la comunidad. La familia es activa y tiende a resolver sus problemas, aprende de sus propias experiencias. Según este modelo, la selección de información es un proceso explorador en el que la familia y la enfermera colaboran y la atención se centra en el problema definido como una situación de salud que cambia continuamente y que está en relación con otras situaciones vividas en la familia. Para que se produzca un cambio, la familia debe ser un participante activo en los cuidados.

4.5 Visita domiciliaria

Concepto: Es la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, ya que ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación y los estilos de vida.⁵⁷

La visita domiciliaria ha sido a través de los años el medio principal para que el equipo de salud interactúe con la familia, ya que ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación y los estilos de vida.

Es una estrategia para responder a una necesidad del individuo y/o familia en donde el equipo de salud tiene un encuentro en el domicilio de estos.

Es una estrategia que se utiliza para identificar necesidades de salud en el individuo y/o familia con el fin de responder a estas mediante un proceso de atención en el domicilio.

Objetivo

- Supervisar el estado de salud de la familia.

Tipos de Visita:

- Demanda
- Rehabilitación
- Búsqueda activa
- Diagnóstico

⁵⁷ Monserrat R.R., Carmen C. L. Op. Cit, p. 12

- Consejería
- Educación

Metodología:

- Preparación de la visita
- Presentación
- Agendar
- Actitud durante la visita
- Valoración
- Intervenciones
- Evaluación y registro⁵⁸

4.6 Proceso de enfermería

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica el sistema de Teorías a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exigen habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar; además consta de cinco fases sucesivas e interconectadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución de problemas en un intento por definir las acciones de enfermería. Tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Lidia Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Definiciones

- Alfaro, el proceso de atención de enfermería es un método sistemático y racional de planificación y brindar cuidados de enfermería cuyo objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales de usuario para establecer planes sobre las necesidades identificadas y actuaciones específicas.⁵⁹

⁵⁸ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Atención Primaria 2012.

⁵⁹ R. Alfaro "Aplicación del Proceso de Enfermería". Ed. Doyma 1986. Pág. 10-15, 30-40, 68-90.

- Iyer, es el sistema de la práctica de enfermería en el sentido de que proporciona el mecanismo mediante el cual el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.⁶⁰

Propiedades

El proceso de enfermería tiene seis propiedades:

1. Intencionado: porque va dirigido a un objetivo ya que utiliza las fases del proceso para ofrecer una atención de calidad centrada en la persona de cuidado.
2. Sistemático: consiste en la utilización de un enfoque organizado, para conseguir su propósito y evita los problemas asociados a la intuición o a la prestación de la asistencia tradicional.
3. Dinámico: está sometido a continuos cambios. Se trata de un proceso continuo enfocado en las respuestas cambiantes que se identifican a través de la relación entre profesional de enfermería y de la persona de cuidado.
4. Interactivo: se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y la persona, familia, comunidad y otros profesionales de la salud. Este componente asegura la individualización de la atención del cliente.
5. Flexible: se puede demostrar en dos contextos:
 - a. Se puede adaptar a la práctica de la enfermería en cualquier marco o área de especialización que trate con individuos, grupos o comunidades.
 - b. Sus fases se pueden utilizar de forma consecutiva y concurrente.
6. Tiene una base teórica: se ha ideado a partir de una amplia base de conocimientos, incluyendo ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquiera de los modelos teóricos de la enfermería.

Requisitos

En el empleo del proceso de enfermería influyen las opiniones, conocimientos y habilidades del profesional de enfermería. Las opiniones y conocimientos de dichos profesionales forman la base de las interacciones entre el profesional de enfermería y el cliente. Los conocimientos y las habilidades son los medios que permiten al profesional de enfermería:

1. Obtener datos
2. Determinar su importancia

⁶⁰ W. Iyer. "Proceso de Atención de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería" ed. Interamericana, 1993.

3. Desarrollar actuaciones que favorezcan una atención de enfermería individualizada
4. Evaluar la eficacia del plan de cuidados
5. Iniciar cambios que aseguren que el cliente recibe una asistencia de calidad.⁶¹

Ventajas⁶²

1. Para Enfermería son:
 - a. Permitir conocer de manera individualizada las necesidades y/o preocupaciones de salud del usuario y sus posibles soluciones
 - b. Brindar un método organizado para asignar personal de enfermería
 - c. Previene omisiones o repeticiones no intencionales
 - d. Lleva al pensamiento interdependiente de la enfermera
 - e. Es un medio eficaz de comunicación
 - f. Brinda satisfacción personal y profesional
2. Para la persona de cuidado:
 - a. Se convierte en un miembro activo para el cuidado de su salud
 - b. Se le brinda atención continua
 - c. Favorece la atención integral y de calidad
 - d. Existe relación eficaz enfermera-paciente

Etapas del proceso de enfermería

Son cinco las etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación y a continuación se describirá cada una de ellas.

1. Valoración

Es la primera fase del proceso enfermería, constituye la recopilación de la información para tener una base de datos sobre el sistema persona, familia o comunidad para conocer las necesidades, problemas y/o preocupaciones. La valoración requiere observación especializada, razonamiento y conocimiento, teorías, como base para reunir y diferenciar datos, verificarlos, organizarlos y documentarlos. 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

⁶¹ R. Alfaro. Op cit. p. 47.

⁶² Angélica María Armendáriz Ortega: Teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención en enfermería. Revista Synthesis. Aventuras del pensamiento, Enero-marzo 2007.

dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería.⁶³

En la recolección de los datos necesitamos tener:

■ Conocimientos científicos

Habilidades para:

- Capacidad de la tomar decisiones
- Convicciones
- Capacidad creadora
- Sentido común
- Flexibilidad

En los tipos de datos nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades y para esto se tienen diversos que son:

1. 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.
2. Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
3. Datos históricos o 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.
4. Datos actuales: son datos sobre el problema de salud existente.

Obtener datos: ⁶⁴

1. Entrevista clínica

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

a. Existen dos tipos de entrevista:

- I. La entrevista formal: consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.
- II. La entrevista informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

⁶³ R. Alfaro Op. cit. p. 47.

⁶⁴ Ibidem p. 49

- a. La entrevista consta de tres partes:
 - I. 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.
 - II. 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.
 - III. 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 planificación.
2. La observación: Implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno. En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continúa a través de las habilidades que precisa práctica y disciplina. Los hallazgos encontrados mediante la observación han de ser posteriormente confirmados o descartados.
3. La exploración física: este método se centra en: determinar en profundidad 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. Tiene cuatro técnicas específicas⁶⁵:
 - a. Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas.
 - b. 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).
 - c. 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.

⁶⁵ Ibidem p. 50

Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- d. 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 explorar.

2. Diagnóstico

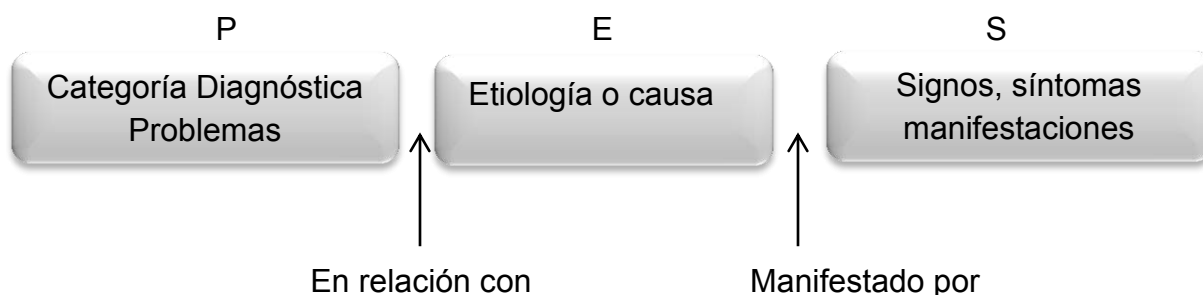
El término “diagnóstico” proviene de la palabra griega *diagnosiskein* que significa distinguir. La partícula “*día*” significa “a través de” y “*gnisnoskein*” significa “conocer”. Con esto se puede definir:

- “Es una declaración de un estado de alteración de la salud real o potencial que se deriva de la valoración de Enfermería y el cual requiere de intervenciones del campo de enfermería”. Carpenito Lynda ⁶⁶

Estructura del diagnóstico de enfermería^{67 68 69}

El enunciado de un diagnóstico de enfermería se puede realizar de acuerdo al tipo de diagnóstico que queramos elaborar pero el principal formato es el siguiente:

- A. Diagnóstico Real: es un juicio clínico de una persona a un problema de salud que existe en el momento de la valoración de enfermería. Se basa en la presencia de los signos y síntomas asociados al problema de salud.



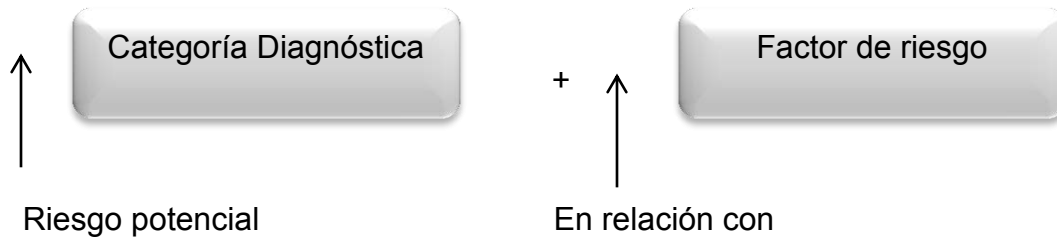
⁶⁶ Carpenito Lynda. Manual de diagnósticos de enfermería. Editorial Interamericana. 9ª edición, 2003

⁶⁷ R. Alfaro Op. cit. p. 49

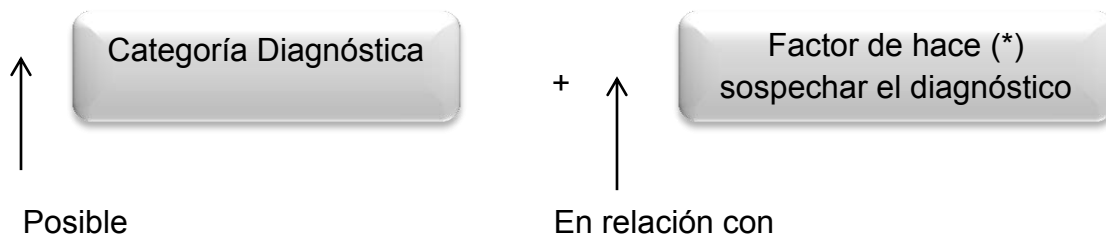
⁶⁸ W. Iyer Op. cit. p. 48

⁶⁹ Ibidem. p. 50

B. Diagnóstico potencial o de riesgo: es un juicio clínico de que una persona es más vulnerable a un determinado problema que otros en situaciones igual o parecidas.



C. Diagnóstico posible: es aquel en el que las pruebas de que existe un problema de salud no están claras o se desconocen los factores causales. Un diagnóstico posible requiere más datos, ya sea para corroborarlo o para refutarlo.



(*) Reúna más datos para determinar si el factor de riesgo o los síntomas están presentes

D. Diagnóstico de salud: se refiere a una respuesta saludable por parte de un usuario que desea un mayor nivel de salud, es un diagnóstico de bienestar que tiene un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad, en transición, de un nivel determinado de bienestar a un nivel superior de salud.

E. Problema interdependiente: se concentran sobre todo en vigilar el estado del usuario y previenen el desarrollo de la complicación. Son aquellos problemas reales en la que el tratamiento exige tanto intervenciones médicas u otro recurso de salud, como de enfermería.

Ventajas y desventajas de la utilización de los diagnósticos de enfermería ⁷⁰

1. Para el paciente

⁷⁰ José Ramón GonzálezN. Introducción al proceso de atención de enfermería. Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados: Valencia 2007.

- a. Ventajas
 - I. Permite la identificación de sus necesidades particulares.
 - II. Permite plantear objetivos para sus cuidados personales.
 - III. Permite una nueva visión profesional de sus problemas.
 - IV. Permite un tratamiento específico de las enfermeras sobre alguno de sus problemas.
- b. Desventajas
 - I. Se puede perder el trato personal al paciente y convertirlo en uno o varios diagnósticos.
 - II. Se pueden inferir datos de otros pacientes con el mismo problema.

2. Para la enfermera/o

- a. Ventajas
 - I. Facilitará la comunicación por el uso de una taxonomía propia.
 - II. Favorecerá la implantación del proceso de atención de enfermería como método de trabajo.
 - III. Aumentará la información sobre el paciente.
 - IV. Permitirá una participación con contenido específico en las reuniones del equipo de salud.
 - V. Facilitará los cambios de turno y mejorara la información entre los profesionales.
- b. Desventajas
 - i. Dificultad en la utilización de una taxonomía no desarrollada.

3. Como profesión

- a. Ventajas
 - I. Definirá nuestra área de responsabilidad.
 - II. Aumentará nuestro prestigio profesional ante los usuarios y otros profesionales.
 - III. Aumentará la motivación.
 - IV. Favorecerá el crecimiento profesional.
- b. Desventajas
 - I. Falta de convencimiento para su utilización por parte del colectivo profesional.
 - II. Conflicto con otros colectivos profesionales.

3. Planeación

Esta fase es la tercera etapa del proceso que inicia después de haber formado los diagnósticos de enfermería, establece y lleva a cabo cuidados que consiste en la

elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas de nuestro paciente, familia o comunidad para reducir o eliminar los problemas detectados⁷¹. La fase de planeación del proceso de enfermería incluye cuatro etapas, Carpenito (1987) e Iyer (1989).⁷²

La fase de planificación consta de varias etapas:

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

Plan de Cuidados

Establecer prioridades en los cuidados y de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una persona, familia o comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados. Los planes de cuidados deben tener los siguientes registros documentales:

- Diagnósticos de enfermería/problemas interdependientes.
- Objetivos del cliente para el alta a largo plazo (criterios de resultado)
- Ordenes de enfermería (actividades),
- Evaluación (informe de evolución).

Hunt (1978) desarrolló tres documentos para recoger toda la información necesaria para enfermería:

- Hoja de admisión que recoge la información de la valoración.
- Documento donde se registra: Los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Documento de evaluación

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades
- Restablecer la salud

⁷¹ Antología de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO), Material didáctico plan de licenciatura en enfermería; Politécnico, México 2010

⁷² W. Iyer Op. cit. p. 48.

- Rehabilitación.

4. Ejecución

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

Las intervenciones de enfermería son las estrategias específicas diseñadas para un sujeto en concreto, con la finalidad de evitar complicaciones, proporcionar bienestar físico, psicológico y espiritual, y fomentar, conservar y restaurar la salud (OMS). Las características intervenciones son:

- **Consecuentes:** Han de estar relacionadas, tienen que ser compatibles con el tratamiento o las acciones terapéuticas
- **Seguras:** No han de realizarse con riesgo para el paciente ni la enfermera
- **Individualizadas:** Es individualizado porque cada diagnóstico se ajusta a un paciente por tanto el diagnóstico es totalmente individualizado
- **Realista:** Hay que contar con los recursos de la enfermera, del paciente y de la institución

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Realizar valoraciones para identificar nuevos problemas y ver el estado de los ya existentes
- Llevar a cabo acciones de educación sanitaria. (Actividades para llevar a cabo acciones saludables al paciente)
- Consultar con otros profesionales
- Llevar a cabo acciones específicas de tratamiento
- Acciones que ayuden al sujeto en la realización de las actividades. (Programar un soporte de apoyo, un refuerzo de la situación, etc.)

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo.

En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada. De las actividades que se llevan a cabo en esta fase y valoración de datos, esto es debido a que por un

lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.⁷³

5. Evaluación

La última fase del proceso de enfermería es la evaluación. Se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

El proceso de enfermería permite la formación de posgrado, ya que existen normas que Iyer establece para la correcta anotación de registros en la documentación son:

1. Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales, también hay que anotar (entre comillas), la información subjetiva que aporta el paciente, los familiares y el equipo sanitario.
2. Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas y observaciones concretas.
3. Se deben evitar las generalizaciones y los términos vagos como, «normal», «regular», etc.
4. Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, forma, tamaño, etc.
5. La anotación debe ser clara y concisa.
6. Se escribirá de forma legible y con tinta indeleble. Trazar una línea sobre los errores.
7. Las anotaciones serán correctas ortográfica y gramaticalmente. Se usarán sólo las abreviaturas de uso común.⁷⁴

⁷³ Ibidem p. 24

⁷⁴ Ibidem p. 24

4.7 Descripción de Obesidad y Sobrepeso

Organización Mundial de la Salud (OMS): El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Clasificación:

Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.

Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.⁷⁵

Epidemiología

El sobrepeso y la obesidad son el sexto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen alrededor 3,4 millones de personas adultas como consecuencia. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008:

- 1400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso.
- De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.



Datos acerca del sobrepeso y la obesidad.

El sobre peso y la obesidad es el principal factor de riesgo para desarrollar diabetes, enfermedades del corazón y tumores malignos.

Es uno de los retos más importantes de la Salud Pública (OMS 2010).

⁷⁵ Organización Mundial de la Salud, Obesidad y Sobre Peso, Nota descriptiva No. 311, mayo 2014.

México en la actualidad, la obesidad ocupa el segundo lugar en la población general y el cuarto en la infantil Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE 2011).

La enfermedad, discapacidad y muerte prematura por enfermedades asociadas a la obesidad y el sobrepeso, representan altos costos para la economía del país.

Por primera vez en la historia visualizamos un escenario en donde las futuras generaciones vean reducida la esperanza de vida.

La OMS proyecta que para 2015, aproximadamente 2,3 mil millones de adultos tendrán sobrepeso y más de 700 millones serán obesos. Al menos 20 millones de niños menores de 5 años presentaron exceso de peso en el 2005, en el mundo. Alguna vez considerado sólo un problema de los países de ingresos altos, el sobrepeso y la obesidad están incrementando dramáticamente en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.

■ **Obesidad**, enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m². En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

■ **Sobrepeso**, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.⁷⁶

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Hace tiempo atrás era considerado un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones. En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más

⁷⁶ NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad

vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos)⁷⁷.

es considerada como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad. Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso, la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos.

Factores

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido:

- El aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y
- El descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación⁷⁸.

Diagnóstico

Se realiza la toma del índice de masa corporal (IMC) y cintura

1. Índice de masa corporal (IMC): Se calcula usando la estatura y el peso y se emplea para calcular la grasa corporal. En general, empezando en 25.0, cuanto más alto es su IMC, mayor es su riesgo de presentar problemas de

⁷⁷ Organización mundial de la salud/nota descriptiva No 311/centro de prensa/obesidad y sobrepeso/mayo 2014.

⁷⁸ Screening for and Management of Obesity in Adults. Rockville, MD. US Preventive Services Task Force; June 2012: AHRQ publication 11-05159-EF-2.

salud relacionados con la obesidad. Estos rangos de IMC se usan para describir niveles de riesgo:

Clasificación	Índice de masa corporal
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad grado I	30-34.9
Obesidad grado II	35-39.9
Obesidad grado III	Igual o mayor 40

2. Tamaño de la cintura: Las mujeres con un tamaño de cintura mayor a 35 pulgadas (88.9 cm) y los hombres mayor a 40 (101.6 cm) pulgadas tienen un aumento del riesgo de cardiopatía y diabetes tipo 2. Las personas con cuerpos "en forma de manzana" (lo que significa que su cintura es más grande que sus caderas) también tienen un aumento del riesgo de estas afecciones⁷⁹.

Objetivo

Mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles particularmente la diabetes mellitus tipo 2, a través de intervenciones de Salud Pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales.

Dentro de los avances en Salud Pública en cuanto a la Promoción de la salud, se encuentra

Campaña de comunicación social "Chécate, mídete, muévete".

Programa de Alimentación y actividad Física"

Actualización de criterios nutrimentales para expendio y distribución de alimentos y bebidas en escuelas del Sistema Educativo Nacional.

- Eliminación de alimentos preparados en el refrigerio.
- Consumo de alimentos naturales (verduras y Frutas).
- Consumo de agua simple potable.
- Elaboración de materiales educativos sobre alimentación correcta, activación física y consumo de agua simple potable.
- Unidades móviles de promoción de la salud.

⁷⁹ Jensen MD. Obesity. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011: chap 227.

Alianzas con diversas asociaciones civiles y sector privado para promover actividad física.

- “Queremos mexicanos activos
- “Dar la vuelta” en bicicleta
- Word Economic Forum

Programa “Elige estar bien contigo”

Objetivo: Impactar positivamente en los estilos de vida de la población a través de la promoción de alimentación correcta y la activación física.

Avances en la instrumentación.

- Información sobre alimentación correcta y activación física.
- Programas de televisión, capsulas informativas y testimoniales en los diversos canales de televisa.

Avances en Salud Pública Observatorio Mexicano de enfermedades no transmisibles.

Objetivos:

Conocer el comportamiento y carga de estos padecimientos en México.

Brindar Información al público usuario y tomadores de decisiones para la evaluación y desarrollo de políticas públicas.

Estrategias Estatales para la prevención y el control de Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.

Avances en la regulación Sanitaria y Política Fiscal.

Reformas al reglamento de Control Sanitario de Productos.

- Valores nutrimentales en el etiquetado frontal de los alimentos y bebidas no alcohólicas.
- Sello de calidad Nutricional de alimentos con densidad calórica media o baja.
- Restricción en la publicidad en televisión abierta, televisión restringida y salas de exhibición cinematográfica, sobre la existencia calidad y características de los alimentos y bebidas no alcohólicas.

Pasos a seguir:

Fomentar una alimentación saludable, activación física y consumo de agua potable en el ambiente laboral.

Promover el suministro de agua potable en escuelas y municipios.

Realizar campañas dirigidas a responsabilizar a los padres de familia sobre la alimentación de sus hijos.

Diseño de menús para el programa de escuelas de tiempo completo.
Incrementar el consumo diario de verduras y frutas aumentando su disponibilidad y accesibilidad y promover su consumo.

Atención Médica

Implantación y extensión de redes de excelencia en obesidad y diabetes en todo el país.

Empoderar al paciente.⁸⁰

V. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación del caso de familia

El estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales, que implica un proceso de indagación profundo de casos de entidades sociales. Para algunos autores el estudio de casos no es una metodología con entidad propia, sino que constituye una estrategia de investigación que permite seleccionar el objeto/sujeto del estudio y el escenario real. Es un método de investigación cualitativo que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social.⁸¹

El presente estudio es descriptivo, por temporalidad es prospectivo y por número de observaciones longitudinal.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

Instrumento cédula de valoración familiar.

Durante la realización del Diagnóstico de Salud de la colonia de Santiaguito, perteneciente a la Delegación Xochimilco, se realiza la aplicación de Cédulas para la elaboración del diagnóstico de salud comunitario, la cual está compuesta por 50 ítems, con el fin de conocer el medio donde se desarrolla la familia, identificar los problemas de salud, sociales, económicos, psicológicos y fisiológicos que pueda presentar.

⁸⁰ Dr. Pablo Kuri, Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, Marzo 2014.

⁸¹ Barrio C. I, González J. J. Métodos de Investigación Educativa, El estudio de Caso [Monografía en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2014.

En donde se toman en cuenta datos relacionados con las características de la familia, número de integrantes, características de la vivienda, situación económica, higiene personal, hábitos dietéticos, grado de escolaridad, estado civil, edad, hábitos de ejercicio, acceso de servicio de salud, adicciones, enfermedades existente en la familia, salud reproductiva.

A través de la observación directa del entorno y la identificación de los determinantes sociales [definición por la OMS-OPS (2008) indica que la mala salud en los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre las ciudades están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (OMS- OPS, 2008)]⁸²

A través de la siguiente temática:

- Presentación con la familia.
- Identificarnos como Estudiantes del Posgrado en Enfermería en Salud Pública.
- Explicar nuestro interés en trabajar con todos los integrantes de la familia.
- Aclarar dudas que pueda tener sobre el desarrollo de este el estudio.
- Una vez aceptado se les proporciona el consentimiento informado, ya que es un requisito indispensable para continuar y para esto es necesario que firme de aceptación para trabajar con nosotros (Anexo B).
- En la segunda cita se aplica la cédula de familia la cual está estructurada de la siguiente manera:
 - Datos de identificación familiar
 - Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem:
 - Factores de condicionamiento básico
 - Factores condicionantes ambientales
 - Valoración de los requisitos del autocuidado universal (Anexo A).
- Con los datos recolectados se realizó:

⁸² Varkevisser CM, Pathmanathan I, Brownlee A, Diseño y Realización de Proyectos de Investigación sobre Sistemas de Salud, en: Serie de Capacitación en Investigación sobre Sistemas de Salud, Vol. 2 parte 1, IDRC, Ottawa (Canadá), 1995.

- Genomapa (Anexo C)
- Ecomapa (Anexo D)
- Diagnósticos de Enfermería
- Intervenciones Especializadas de Enfermería

5.3 Consideraciones éticas

Al realizar el trabajo de investigación existen factores a ser considerados como las consideraciones éticas en un trabajo de investigación, El carácter ético de una investigación es materia de discusión, análisis y evaluación. Una investigación no es ética per-se, sino que lo es en función de determinados criterios que incluso pueden variar en el tiempo. Por ejemplo, según el Código de Nuremberg sólo las personas mentalmente competentes pueden ser sujetos de investigación, cuestión que fue ampliada en la Declaración de Helsinki hacia las personas con discapacidad mental y los menores de edad mediante la introducción del consentimiento del representante o tutor legal. No sólo los criterios varían a través del tiempo, sino que además los mismos criterios pueden ser interpretados en forma diferente. Una investigación puede ser considerada como "ética" por algunas personas y como "no ética" por otras. La evaluación ética consiste en un juicio realizado por seres humanos. Institucionalmente, este juicio es efectuado por los miembros de los comités de ética. Sin embargo, puede ser realizado también por el conjunto de los miembros de la sociedad a la cual éstos pertenecen, abriendo el campo para el cuestionamiento de las decisiones y el debate ético⁸³. Existen seis factores principales que proveen un marco legal para el desarrollo de la misma:

1. Valor: la investigación debe buscar mejorar la salud o el conocimiento.
2. Validez científica: la investigación debe ser metodológicamente sensata, de manera que los participantes de la investigación no pierden su tiempo con investigaciones que deben repetirse.
3. La selección de seres humanos o sujetos debe ser justa: los participantes en las investigaciones deben ser seleccionados en forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias.
4. Proporción favorable de riesgo/ beneficio: los riesgos a los participantes de la investigación deben ser mínimos y los beneficios potenciales deben ser aumentados, los beneficios potenciales para los individuos y los conocimientos ganados para la sociedad deben sobrepasar los riesgos.

⁸³ Marcela Ferrer Lues, Acta Bioética Equidad y Justicia en Salud, Universidad de Chile, 2003.

5. Consentimiento informado: los individuos deben ser informados acerca de la investigación y dar su consentimiento voluntario antes de convertirse en participantes de la investigación.
6. Respeto para los seres humanos participantes: Los participantes en la investigación deben mantener protegida su privacidad, tener la opción de dejar la investigación y tener un monitoreo de su bienestar.

La información obtenida del estudio de investigación debe ser:

- Información identificable: es cualquier información que podría más tarde identificar al participante de la investigación, en forma que las respuestas que dan los pueda identificar. Puede incluir la siguiente información:
 - El primer nombre o el apellido,
 - La dirección,
 - El número de teléfono,
 - El lugar de trabajo,
 - El título de la posición que tiene, la posición visible que tiene en la comunidad o cualquier otra información que pueda identificar al participante entre las personas que compartieron la información.
- Confidencialidad: es la obligación que tiene el investigador de limitar el acceso a la información personal o identificable de los participantes en la investigación.
- Datos anónimos: estos son los datos colectados sin ninguna información personal o identificable. Las preocupaciones de carácter ético y legal acerca de la confidencialidad, pueden fácilmente resolverse, colectando únicamente datos anónimos de los participantes en la investigación.⁸⁴

Con respecto al marco jurídico de Enfermería es de gran importancia verificar:

5.3.1. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México⁸⁵.

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.

⁸⁴ Centro de investigación en pólizas de salud de UCLA. Consideraciones Éticas en investigaciones con Seres Humanos.

⁸⁵ Comisión Interinstitucional de enfermería, código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, Editorial Salud, México 2001, p 1-24

1. Capítulo I. Disposiciones Generales
 - I. Artículo primero.- El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.
2. Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas
 - I. Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.
 - II. Artículo tercero.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.
 - III. Artículo quinto.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.
 - IV. Artículo séptimo.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.
 - V. Artículo octavo.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.
3. Capítulo III. De los deberes de las enfermeras como profesionistas
 - I. Artículo décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.
4. Capítulo IV. De los deberes de las enfermeras para con su profesión
 - I. Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.
 - II. Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.
5. Capítulo V. De los deberes de las enfermeras para con la sociedad
 - I. Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

- II. Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

5.3.2 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México⁸⁶.

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:

6. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
7. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
8. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
9. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
10. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
11. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
12. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
13. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
14. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
15. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

⁸⁶ Ibidem p. 66

5.3.3. Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros⁸⁷

- I. Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
- II. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
- III. Contar con los recursos necesarios que le permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
- IV. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
- V. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
- VI. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.
- VII. Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
- VIII. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
- IX. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
- X. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.

5.3.4. Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes⁸⁸

- XI. Recibir atención médica adecuada
- XII. Recibir trato digno y respetuoso
- XIII. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
- XIV. Decidir libremente sobre su atención
- XV. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
- XVI. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado
- XVII. Ser tratado con confidencialidad
- XVIII. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

⁸⁷ Secretaría de Salud, CONAMED, Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, editorial Salud, México sf.

⁸⁸ Secretaría de salud, CONAMED, Carta de los Derechos de los pacientes, Editorial Salud, México sf.

- XIX. Recibir atención médica en caso de urgencia
- XX. Contar con un expediente clínico

5.3.5 Ley General de Salud⁸⁹

16. Título primero disposiciones generales. Capítulo único

- I. Artículo 1: La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. 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 general. Es de aplicación en toda la república y sus disposiciones son de orden público e interés social.
- II. Artículo 2: El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:
 - 1. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
 - 2. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
 - 3. 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.
 - 4. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
 - 5. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
 - 6. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
 - 7. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.
- III. Artículo 3: En los términos de esta ley, es materia de salubridad general:
 - 1. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de esta ley;

⁸⁹ Secretaría de Salud, Cámara de diputados, et al, Ley General de Salud, México 1984

2. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
3. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;
4. La atención materno-infantil;
5. La planificación familiar;
6. La salud mental;
7. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
8. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;
9. La coordinación de la investigación para la salud y el control de esta en los seres humanos;
10. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
11. La educación para la salud;
12. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;
13. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
14. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
15. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
16. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
17. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
18. La asistencia social;
19. El programa contra el alcoholismo;
20. El programa contra el tabaquismo;
21. El programa contra la farmacodependencia;
22. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
23. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, artesas, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;

24. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII;
25. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta ley;
26. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;
27. La sanidad internacional, y
28. Las demás materias que establezca esta ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.

17. Título segundo sistema nacional de salud.

I. Artículo 6: El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

1. Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
2. Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
3. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;
4. Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
5. Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida;
6. Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;
7. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

8. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.
18. Título tercero prestación de los servicios de salud. Capítulo III prestadores de servicios de salud
 - I. Artículo 35: Son servicios públicos a la población en general los que se presten en establecimientos públicos de salud a los habitantes del país que así lo requieran, regidos por criterios de universalidad y de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios.
 19. Título séptimo promoción de la salud. Capítulo I disposiciones comunes.
 - I. Artículo 110: La promoción de la salud tiene por objeto 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.
 - II. Artículo 111: La promoción de la salud comprende:
 1. Educación para la salud;
 2. Nutrición;
 3. Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
 4. Salud ocupacional, y
 5. Fomento sanitario
 - III. Artículo 112: La educación para la salud tiene por objeto:
 1. Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
 2. Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
 3. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de la automedicación, prevención de la farmacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y

rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades.

20. Título octavo prevención y control de enfermedades y accidentes.

Capítulo III enfermedades no transmisibles⁹⁰

- I. Artículo 158: La secretaria de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán actividades de prevención y control de las enfermedades no transmisibles que las propias autoridades sanitarias determinen.
- II. Artículo 159: El ejercicio de la acción de prevención y control de las enfermedades no transmisibles comprenderá una o más de las siguientes medidas, según el caso de que se trate:
 1. La detección oportuna de las enfermedades no transmisibles y la evaluación del riesgo de contraerlas;
 2. La divulgación de medidas higiénicas para el control de los padecimientos;
 3. La prevención específica en cada caso y la vigilancia de su cumplimiento;
 4. La realización de estudios epidemiológicos, y las demás que sean necesarias para la prevención, tratamiento y control de los padecimientos que se presenten en la población.

5.3.6 Declaración Helsinki de la Asociación Médica Mundial

De la asociación médica mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas.

Principios básicos En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, se debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.⁹¹

⁹⁰ Ibidem p.70.

⁹¹ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1. Descripción de caso

La familia M. G. es una familia nuclear está constituida por cuatro integrantes:

- M. M. T. padre de familia
- R. G. H. madre de familia
- M. Á. M. G. hija
- G. M. G. hijo

Cuadro 1 Integrantes de la familia							
Integrante	Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil
1	M.M.T.	Padre	57	M	Primaria	Obrero	Unión libre
2	R.G.H.	Madre	28	F	3 ero de primaria	Hogar	Unión Libre
3	M.A.M.G.	Hija	8	F	4° primaria	Estudiante	Soltera
4	G.M.G.	Hijo	2	M	No aplica	No aplica	Soltero

Factores condicionantes ambientales:

Características de la calle: Está cubierta por adoquín insuficiente, actualmente se encuentra en malas condiciones, se cuenta con servicio de alumbrado.

Servicios Públicos: El agua proviene del pozo que se encuentra en esta colonia de Santiaguito, tiene drenaje, el servicio de recolección de basura pasa una vez por semana, acuden para la atención médica a el Centro de Salud T-II San Luis Tlaxialtemalco y el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria; tienen mercado ubicado en la calle de Las Torres en esta misma calle los días lunes se instala un mercado sobre ruedas, utilizan microbús o taxis como medio de transporte público, la primaria a la que acude la hija mayor se encuentra ubicada en la Colonia del Carmen.

Características de la vivienda: Se encuentra localizada en la calle Benita Galicia Manzana. 11 Lote. 14 Col. Tulyehualco de la Delegación Xochimilco.

La construcción en su mayoría son de concreto, paredes y piso de las habitaciones, el techo es de lámina de asbesto y el patio es de tierra. Cuenta con

dos habitaciones, en el primer cuarto tienen la cocina con parilla eléctrica, en donde preparan sus alimentos, sala y comedor, la segunda es la recámara de los cuatro, tienen un medio baño, para bañarse calientan el agua con el sol o bien con resistencia eléctrica, el patio es de tierra. Fauna: Tienen dos conejos enjaulados mismos que no conviven dentro de la casa y tres gatos, estos últimos en ocasiones llegan a meterse a la casa, en relación con la fauna nociva, se observó la presencia de hormigas y moscas.

Tipo de bebida	Padre	Madre	Hija	Hijo
Agua natural	2 al día	3 al día	4 o 5 al día	5 al día
Agua de sabor	6 al día	2 al día	3 al día	6 al día
Bebida gaseosa	no	no	no	no
Néctar/jugos	Cada semana			
Café	2 al día	2 o 3 al día	1 al día	No
Cerveza	Al mes	Al mes	No	no
Té	Diario	Diario	Diario	Diario

Fuente de información: Cédula de Valoración Familiar elaborada por los alumnos de la especialidad de Salud Pública, ENEO 2013.

Distribución económica para sus gastos

Concepto	Cantidad asignada	Periodicidad
Alimentos	\$ 1, 800.00	Mensual
Vestido y calzado	\$ 400.00	Anual
Educación	\$ 80.00	Mensual
Recreación	\$ 40.00	Cada 20 días
Vivienda	\$ 700.00 renta \$ 200 luz	Mensual Bimestre

Fuente de información: Cédula de Valoración Familiar elaborada por los alumnos de la especialidad de Salud Pública, ENEO 2013.

6.2. Antecedentes generales de la familia

La familia M. G. tiene cinco años de estar rentando y habitando esta casa. Hasta el momento no se han realizado ninguna detección oportuna o acciones para prevenir enfermedades y mantener su salud.

El caso índice es R.G.H. género Femenino, de 28 años de edad, originaria de Oaxaca, habla náhuatl, curso solo hasta el tercer grado de primaria, su estado civil unión libre, funge como esposa, madre y en otras como padre de familia, sólo tiene acceso al Seguro Popular, no se ha realizado ninguna detección de acuerdo a su grupo de edad y género.

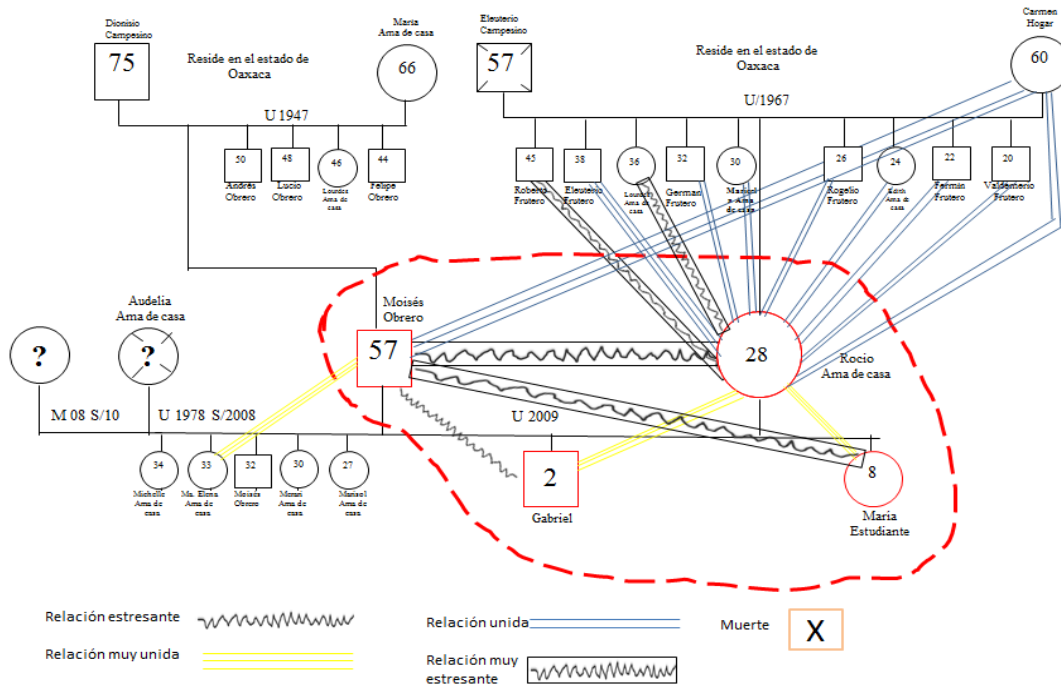
M.M.T. de 57 años de edad, originario de Oaxaca funge como esposo, con escolaridad de primaria terminada, estado civil unión libre, tiene acceso al Seguro Popular, no se ha realizado ninguna detección de acuerdo a su grupo de edad y género, es obrero y tiene tres trabajos a pesar de esto no se tiene el recurso económico necesario para cubrir las necesidades básicas de su familia.

M.A.M.G Hija, tiene 8 años se encuentra cursando el cuarto año de primaria, en ocasiones juega el rol de madre cuando R.G.H. tiene que salir de casa.

G.M.G Hijo tiene 2 años con 10 meses.

6.2.1 Genomapa de la familia M. G.

Descripción de la familia M. G.



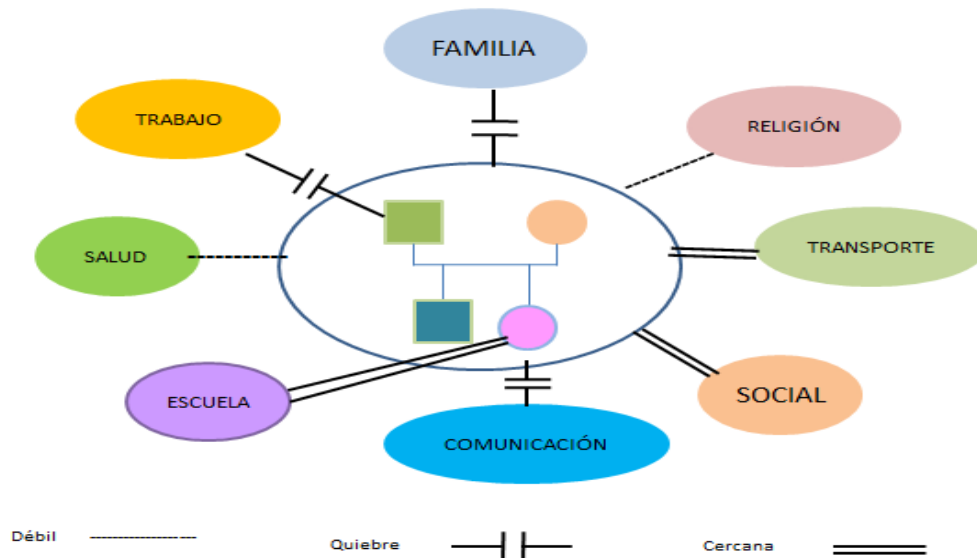
Estructura Familiar: Se trata de la familia M. G. la cuál es una familia nuclear, constituida por cuatro integrantes:

- M. M. T. padre de familia
- R. G. H. madre de familia
- M. Á. M. G. hija
- G. M. G. hijo

Familia M. G se encuentra en unión libre desde el 2009, de esta relación tienen dos hijos a la primera en el 2005 y al segundo en el 2011, actualmente la interacción entre la pareja es hostil esta se deriva también del padre hacia los hijos. La conexión es débil.

- M. M. T. (Padre de familia), Pertenece a una familia nuclear, sus padres contraen matrimonio en el año de 1956 del cual se derivan 5 hijos, M.M.T. es el mayor, actualmente no tiene contacto con su familia; contrae nupcias en el año de 1978 procrearon 5 hijos de las siguientes edades: 34,33 (siendo con único hijo que convive), 32, 30, 27 años respectivamente, se separa de su esposa en el 2008, actualmente la mamá de sus hijos está finada se desconoce la fecha del deceso, en este momento vive en unión libre con R. G. H desde el 2009, con quien tiene a M.A.M.G. y a G. M. G. Experiencias vitales: Su relación es muy estresante y violenta, hacia R. G. H. y M. A. G. T. mientras que para G. M. G. la agresión es menor.
- R. G. H Pertenece a una familia nuclear, sus padres contraen en 1967 nupcias, del cual nacen 10 hijos, ella ocupa el sexto lugar, actualmente su padre está finado. Experiencias vitales: la relación que lleva con su madre es buena, trata de visitarla cada periodo de vacaciones escolares, refiere tener una relación hostil con dos de sus hermanos.
- M.A.M.G Hija tiene 8 años se encuentra cursando el cuarto año de primaria.
- G.M.G Hijo tiene 2 años con 10 meses.

6.2.2. Ecomapa



La interacción de la familia M. G con los sistemas externos son los siguientes: En relación a los servicios de salud cuentan con Seguro Popular, sólo que no acuden a consulta, no recuerdan la fecha en que solicito servicio médico; referente a la recreación se ve limitada de vez en cuando acuden como familia al parque y cuando lo hacen no compran nada por la situación económica que están cursando; la religión que profesan es católica aunque no la llevan a la práctica; la familia tiene facilidad de acceso a el transporte para poder desplazarse a cualquier sitio, la hija mayor tiene cerca la escuela a donde está estudiando la primaria, existe un quiebre con la familia originado porque el padre de familia tiene tres trabajos, a pesar de ello el ingreso económico no es suficiente para cubrir las necesidades básicas de la familia, el tiempo que le queda para compartir con ellos se ve muy limitada afectándose también la comunicación, la mayor parte del tiempo se encuentra cansado y enojado.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA M.G

7.1 Valoración

7.1.1 Valoración focalizada

Requisitos del autocuidado universal.

- 7.1.1.1. Mantenimiento para un aporte suficiente de aire: En el caso de Ángel, este requisito se ve afectado por los cuadros repetitivos de faringoamigdalitis, durante el año ha llegado a presentar hasta cuatro cuadros.
- 7.1.1.2. Mantenimiento para un aporte suficiente de agua: El consumo de agua para uso humano proviene del pozo la cual en ocasiones la hierven, predomina más el consumo directo del agua, el lugar donde la almacenan es en tambos y garrafones los cuales los lavan dos veces al año las características del agua es de color amarilla, fétida y espumosa.
- 7.1.1.3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento: El señor Moisés diario come en la calle, mientras que el resto de la familia sólo los fines de semana, lo hacen en casa de los familiares de R.G.H. Cada quince días consumen carne roja, tres veces por semana consumen pollo y nunca consumen pescado, huevo cada tercer día, leche cada tercer día, verduras, frutas, pan y tortillas diario, leguminosas dos veces por semana, cacahuates cada tercer día.
- 7.1.1.4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación urinaria e intestinal: Ningún integrante tiene problemas para la micción o evacuación.
- 7.1.1.5. Mantenimiento del el equilibrio entre la actividad y reposo: María de los Ángeles es la única que realiza actividad de tipo aeróbico cada tercer día en su escuela primaria; referente al reposo la familia menciona que duermen siete horas diarias. El señor Moisés trabaja un promedio de 10 horas diarias, duerme cinco horas diarias, solo el domingo descansa.
- 7.1.1.6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: La relación del padre hacia su esposa e hijos es mala se vive violencia física, psicológica y económica. Convivencia familiar únicamente los domingos algunas veces, debido a que R.G.H. visita frecuentemente a sus familiares en compañía de sus hijos, durante estas visitas su esposo no los acompaña.

- 7.1.1.7. Prevención de peligros para la vida, el bienestar y el funcionamiento humano: No se han realizado ninguna detección solo los menores tienen su esquema de vacunación completo para su edad. Hábitos higiénicos se bañan cada tercer día y los dientes los cepillan dos veces al día, no utilizan el hilo dental, a R.H.G. se le realizó la oclusión de tubas bilaterales hace dos años con 10 meses, niega la existencia de adicciones.
- 7.1.1.8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal la familia M.G. no tienen comunicación verbal con sus vecinos, no los conoce, no salen a la calle.

El caso índice es R.G.H., de 28 años de edad somatometría y signos vitales estatura 1.35 cm, peso 51.100 kg, IMC 27.7. Presión arterial 110/70 mm Hg, F.C 74x', F.R. 20x' temperatura 36.5° C, Glicemia capilar: 96 mg/dl, Colesterol: 145 mg/dl

Esquema de vacunación incompleto: Influenza, Td y SR, no lleva una buena relación con su pareja resultado de esto sufre de violencia psicológica, moral, física y económica. Exploración mamaria no se lo ha realizado, Papanicolaou no se lo ha realizado.

Actitud pasiva, tranquila cooperadora, orientada en tiempo y espacio y persona, palidez de tegumentos, caries dental en molares, piel deshidratada, piel manchada principalmente de la cara, presenta equimosis en brazos y muslos principalmente; onicomicosis en uñas de los pies.

M.M.T. de 57 años de edad, somatometría y signos vitales: 1.60 cm, peso 79,200 kg y se obtiene IMC 30.5 tiene Obesidad Grado 1, presión arterial 120/80, F.C 80x', F.R. 20x' temperatura 36.4° C, Glicemia capilar: 105 mg/dl, Colesterol: 156 mg/dl nunca se la ha realizado.

Esquema de vacunación incompleto: Influenza, Td y SR, trabaja de 10 a 12 horas diarias, es obrero duerme 5 horas, no lleva una buena relación con su familia, generando violencia psicológica, moral, física y económica. El antígeno prostático nunca se lo ha realizado, toma de glicemia capilar nunca se la ha realizado, detección de colesterol nunca se la ha realizado.

(Fuente de información: Cuadernillo de salud proporcionado durante las jornadas de salud y verbalmente referido por R.G.H.)

M.A.M.G Hija tiene 8 años, en la escuela se le realizó la medición de agudeza visual obteniendo una medición de 20/15 y detectándose así miopía del ojo izquierdo, aun no le han comprado sus lentes por falta de recurso económico, tiene caries en los pre molares y en un canino.

Somatometría y signos vitales: estatura 1.30 m, peso 25. 100 kg. F.C: 86x' F.R:17x', Temperatura de 36°C.

Esquema de vacunación le falta influenza estacional. realiza ejercicio físico en la escuela cada tercer día solo duerme 5 horas, tiene problemas para dormir, no lleva una buena relación con su padre resultado de esto sufre de violencia psicológica, moral y física; en la escuela sufre de bullying.

Consiente, tranquila orientada en tiempo espacio y persona, actitud pasiva, palidez de tegumentos, piel deshidratada en extremo, refiere dolor en la nariz ocasionado por un golpe que le dio su padre, presenta marcas en diversas partes del cuerpo ocasionadas por golpes con cinturón y cable propiciados por su padre, presenta equimosis en espalda y piernas y distensión abdominal.

G.M.G Hijo tiene 2 años con 10 meses, tiene caries en los premolares e incisivos laterales

Somatometría y signos vitales: estatura 86 cm, peso 11.500 kg, F.C. 78x', F.R. 22x', Temperatura de 36.7°C.

Esquema de vacunación solo les falta influenza estacional. No lleva una buena relación con su padre resultado de esto sufre de violencia psicológica, moral y física, refiere dolor en la nariz ocasionado por un golpe que le dio su padre.

Consiente, inquieto orientado en tiempo y espacio, palidez de tegumentos, piel deshidratada, presenta descamación en diferentes partes del cuerpo, presenta equimosis en espalda y piernas, marcas en el cuerpo ocasionadas por golpes con cinturón propiciados por su padre, se observa distensión abdominal.

7.1.2 Estudios de laboratorio y gabinete del caso índice

R.G.H.

- Glicemia capilar: 96 mg/dl
- Colesterol: 145 mg/dl
- Detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC) con resultado negativo con proceso inflamatorio (anexo G) y el resultado de híbrido negativo (anexo H) respectivamente

Cuadro 1
Valoración de integrantes de familia

Integrante	Nombre	Peso Kg	Talla cm	Cintura cm	IMC m ²	T/A mm/Hg	Glucosa mg/dL	Colesterol mg/dl	DOC Exploración mamaria
1	M.M.T.	79,200	1.60	98	30.5	120/80	105 ayuno	156	
2	R.G.H.	51,100	1.35	86	27.7	110/70	96 ayuno	145	-DOC Negativo con proceso inflamatorio. -Híbrido Negativo. -Exploración mamaria normal.
3	M.A.M.G	25	1.30	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
4	G.M.G	11.500	.86	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

Fuente de información: Guía para el cuidado de tu salud por grupo étnico, ENEO-UNAM 2013.

7.1.3 Jerarquización de problemas con base a la alteración de los requisitos universales de la familia M.G

Requisito afectado número 3 Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos			
7.2 Diagnóstico de enfermería: Desorden alimenticio relacionado con ingesta elevada de carbohidratos y grasas manifestado por índice de masa corporal de 27.7 kg/m ²			
7.3 Plan de cuidados de Enfermería			
7.3.1 Objetivo de la persona: R.G.H. identifica y prepara alimentos equilibrados para su familia.			
7.3.2 Objetivo de Enfermería: Lograr cambios de actitud de hábitos alimenticios basados en el plato del buen comer.			
7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
Valoración del estado nutricional a través del Índice de Masa Corporal (IMC).	Toma de peso, talla y cintura para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) de cada uno de los integrantes de la familia M.G.	El índice de masa corporal (IMC), proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente: Un IMC entre 18.5 y 24.9 lo determina como normal Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.	El IMC de R.G.H es de 27.7 kg/ m ² tomando la clasificación por la OMS tiene un sobrepeso.

7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
<p>Modificar hábitos de alimentación tomando como referencia el plato del bien comer.</p>	<p>Educar y modificar los hábitos de alimentación de la familia, mejorar la salud y disminución de peso de R.G.H. y M.M.I.</p> <p>-Implementar en la comida alimentos de bajo costo y fácil acceso, tomando en cuenta que su ingreso económico es menos al salario mínimo por semana para los gastos de la casa y los alimentos.</p>	<p>El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²)⁹²</p> <p>El Plato del Bien Comer⁹³: Es la herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan 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.</p>	<p>La señora M.M.I. identifica los alimentos que integran el plato del bien comer, y la porción indicada para cada integrante de la familia.</p> <p>-La señora R.G.H presenta una disminución de peso de 9.150 kg su IMC es de 27.34 kg/m².</p> <p>-El señor M.M.I. presenta una disminución de peso de 7 kg su IMC es de 23.9 kg/m².</p> <p>Se les felicita por el logro obtenido y se comenta la importancia en continuar.</p>

⁹² Organización Mundial de la Salud/ Nota descriptiva No 212/ centro de prensa, México 2014.

⁹³ Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria.

Requisito afectado número 7 Riesgo de violencia			
7.2 Diagnóstico de enfermería: Deterioro parental relacionado con agresión física y verbal manifestado con lesiones físicas y emocionales.			
7.3 Plan de cuidados de Enfermería			
7.3.1 Objetivo de la persona: M.M.T. Tiene auto control de las conductas agresivas, combativas o destructivas hacia otros.			
7.3.2 Objetivo de Enfermería: Colaborar señor M.M.I para un mejor control de comportamiento de enfado y agresión hacia su familia.			
7.4.3 Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
A través del interrogatorio identificar los motivos que anteceden a la agresión de M.M.T	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Se programa entrevista con M.M.T. para hablar acerca de las causas que le originan molestia, en el interior de su casa, se le pide él sea quien elija el sitio para desarrollar la entrevista. ⁹⁴	La ira y la agresividad forman parte de la “respuesta de ataque o huida”, reacción instaurada por la naturaleza para ayudar a sobrevivir que suele desencadenarse por la percepción de que estamos siendo amenazados o que no conseguimos lo que queremos. ⁹⁵	

⁹⁴ Milvia Rojo; Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas; editorial Ecimed; La Habana 2007.

⁹⁵ Santiago Azor P.; Control del enfado o ira excesiva, Blogs de Portales Médicos; México septiembre 2009.

7.4.3 Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
<p>Descubrir la causa básica del problema por medio de la relación enfermera-paciente.</p> <p>En la tercera entrevista programada se logra reunir a la familia.</p> <p>Se le refiere al centro de Salud T-III Tulyehualco para solicitar terapia familiar o a el DIF, el que este más cercano a su domicilio.</p>	<p>Su principal problema es la dificultad para el mantenimiento del hogar los recursos económicos son insuficientes y cansancio físico por todas las horas que asigna a el trabajo diariamente.</p>	<p>Muchas veces la responsabilidad económica recae en un solo miembro de la familia, y empieza una demanda irracional contra esta persona, sin considerar sus propias necesidades personales y sin pensar en el esfuerzo diario que hace por los demás. Los otros se colocan en una posición demandante sin aportar en nada a la economía familiar.⁹⁶</p> <p>Este tipo de violencia es difícil que se haga visible hacia los demás, esto se da cuando hay daños graves físicos o psicológicos.⁹⁷</p> <p>La violencia conyugal tiene un ciclo, de tres fases: En la primera fase, denominada "fase de acumulación de tensión" se produce una sucesión de pequeños episodios que llevan a roces permanentes en la pareja, con un incremento constante de ansiedad y hostilidad. Se encierran en un circuito en el que están mutuamente pendientes de sus reacciones violencia familiar.</p> <p>La tensión alcanza su punto máximo y sobreviene la segunda fase, denominada "episodio agudo", en la que toda la tensión que se había venido acumulado da lugar a una explosión de violencia, que puede variar en gravedad, oscilando desde un empujón hasta el homicidio. En la tercera fase, denominada "luna de miel", se produce el arrepentimiento, pedido de disculpas y promesa de que nunca más va a ocurrir por parte del hombre. Pero al tiempo vuelve a reaparecer los períodos de acumulación de tensión y a cumplirse el ciclo</p>	<p>Por falta de tiempo no acude a solicitar ayuda de profesionales, han disminuido las agresiones 2 veces a la semana a 2 cada quince días, está valorando la propuesta de R.G.H. de incorporarse a trabajar y pueda ayudarle con la economía del hogar.</p>

⁹⁶ Lupe Mastre, Problemas económicos que afectan la familia; México junio 2013

⁹⁷ Leniin Pando, Economía y maltrato familiar; México junio 2013

Requisito afectado número 7 Protección inefectiva (conocimientos deficientes)			
7.2 Diagnóstico de enfermería: riesgo de enfermedad relacionado con falta de sensibilización para el cuidado de la salud			
7.3 Plan de cuidados de Enfermería			
7.3.1 Objetivo de la persona: La familia M.G. identifica la importancia de realizar prácticas dirigidas a su autocuidado de manera oportuna y preventiva para mejorar sus hábitos relacionado a la salud.			
7.3.2 Objetivo de Enfermería: La familia M.G. modifica los estilos de vida actuales por estilos de vida saludable a través de la educación para la salud, participando activamente en el auto-cuidado de su salud de manera preventiva y oportuna.			
7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
<p>Modificar los estilos de vida que afectan a la salud de la familia.</p> <p>Identificar e informar de los estilos de vida que les están perjudicando en su salud.</p>	<p>Educación en la prevención de enfermedades crónicas degenerativas.</p> <p>Realización de Papanicolaou⁹⁸:</p>	<p>La educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la población.</p> <p>Por otra parte, los problemas de salud pueden afectar gravemente las inversiones en educación.</p> <p>La educación y la salud están hermanadas y se refuerzan mutuamente, contribuyendo a sacar a la gente de la pobreza y a ofrecerle la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial humano.⁹⁹</p> <p>La importancia de este procedimiento es la detección oportuna de lesiones precursoras o tempranas de cáncer cérvico-uterino de esta manera se pretende disminuir la morbilidad y mortalidad de la mujer en edad reproductiva.</p>	<p>Resultado de Papanicolaou de R.G.H. Negativo con proceso inflamatorio.</p>

⁹⁸ Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-2002, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

⁹⁹ OMS, La educación y la salud están íntimamente unidas, Nueva York, Estados Unidos 2010.

7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
<p>Se trabajó con cada integrante de la familia en la realización de las detecciones oportunas de acuerdo a su género y edad</p> <p>Educación para la salud.</p> <p>Identificar e informar de los estilos de vida que les están perjudicando en su salud.</p>	<p>Se realiza la exploración clínica de mama¹⁰⁰. Se le explica la técnica de auto exploración mamaria y repite sola el procedimiento identificando y evaluando la técnica.</p> <p>Detección de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia¹⁰¹:</p> <p>Medición de agudeza visual</p>	<p>El cáncer de mama es la segunda causa de muerte una autoexploración mes con mes desde que la mujer inicia su menarca y la exploración clínica anual ayudan a identificar anomalías en sus glándulas mamarias en etapas tempranas. Se proporciona tríptico informativo para reforzar la información (Anexo I)</p> <p>La Educación para la salud disminuye los factores de riesgo para evitar la presencia de la enfermedad.</p> <p>Permite promover la salud visual, prevenir enfermedades oculares y reducir la ceguera prevenible o curable. La ceguera y la visión baja constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Se calcula que alrededor de un 89% de los casos de ceguera pueden ser curados o prevenidos, siempre y cuando existan los servicios adecuados, disponibles para toda la población.</p>	<p>La exploración clínica de mama de R. G. H. se encuentra sin alteraciones.</p> <p>La presión arterial de R.G.H y M.M.I se encuentran dentro de los parámetros normales referidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión arterial sistémica.</p> <p>M.A.M.G. en su examen de la vista practicado con la escala de Snell se detecta una miopía en el ojo izquierdo, motivo por el cual se le refiere al centro de salud T-III Tulyehualco para que le den un certificado médico y acuda al DIF, para ayudarlo en obtener los lentes.</p>

¹⁰⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

¹⁰¹ Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.

7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
<p>Identificar e informar de los estilos de vida que les están perjudicando en su salud.</p> <p>Educación para la salud.</p>	<p>Se proporciona a toda la familia albendazol una sola dosis para desparasitarlos. Para reforzar el tema se les entrega y explica el tríptico de "Prevención de contagio de parásitos" (anexo K).</p> <p>Se imparte educación acerca de la técnica de cepillado de dientes, se les explica y entrega el tríptico "Recuerda cepillarte los dientes" (anexo J).</p>	<p>A todos los miembros de la familia dos veces al año, tal y como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS).</p> <p>Las mucosas sanas e intactas protegen contra la invasión de microorganismos. La mucosa de la boca contiene muchas terminaciones nerviosas por lo cual tiene gran sensibilidad. La integridad de la piel es la primera línea de defensa del cuerpo contra infecciones y lesiones.</p>	<p>Realizan el cepillado correctamente, sólo a G.M.G de dos años la mamá continúe supervisando este procedimiento cada vez que se lava los dientes, así mismo se refieren a el centro de salud T-III Tulyehualco para la atención de sus caries dentales que presentan los dos hijos.</p>

7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
<p>Identificar e informar de los estilos de vida que les están perjudicando en su salud.</p>	<p>Higiene personal Baño diario</p> <p>Corte de uñas</p> <p>Los integrantes de la familia reconocen la importancia del lavado de manos emplean la información proporcionada en el momento de realizar este procedimiento. Se revisa y entrega tríptico informativo “Recuerda lavarte las manos” (anexo I)</p>	<p>Es de suma importancia ya que ayuda al lavado de todas las zonas del cuerpo, es importante también el cambio de la ropa y el uso de prendas de ropa y vestidos limpios y adecuados a las circunstancias del entorno.</p> <p>Permite la disminución del albergar microorganismos que pueden producir enfermedades gastrointestinales y respiratorias principalmente.</p> <p>Las manos entran en mayor contacto con el medio, por lo que éstas son las zonas más susceptibles de presentar suciedad y de transmitir infecciones; por ello, el lavado de manos con agua y jabón o con productos especiales será fundamental para el mantenimiento de la salud; se recomienda el lavado de manos varias veces al día, en especial después de toser o estornudar, tras tener contacto con otras personas u objetos y antes de las comidas, al levantarse de la cama y antes de irse a acostar, optimizando el agua se hace este procedimiento utilizando el agua de dos júcaras.</p> <p>En el hogar puede encontrar partículas, grasas, suciedades y otros contaminantes de aquí la importancia de eliminarlos mediante el aseo diario, ventilación e iluminación natural.</p>	<p>El agua es un recurso muy limitado en esta comunidad por lo que sugerimos se bañen cada tercer día al igual que el cambio de ropa interior y exterior.</p> <p>Refieren que cada 2 semanas lo realizan tanto de las uñas de las manos como la de los pies.</p> <p>Al interrogarles cada cuando se lavan las manos la respuesta es antes de comer, antes de preparar los alimentos, después de ir al baño.</p> <p>Barre diario su banqueta así como el interior de su casa, la cual cada tercer día trapea y ventila diariamente, sacude también cada tercer día.</p>

7.4. Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
	<p>Aplicación de vacunas se le aplico las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Toxoide Tetánico Diftérico -Antiinfluenza -Sarampión y Rubeola 	<p>Son componentes biológicos que aplicados a personas sanas provocan la generación de anticuerpos, que actúan protegiendo ante el contacto con los agentes infecciosos contra los que se protege, evitando la infección o la enfermedad. Tiene como beneficio tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno. Desde su implementación ha sido posible evitar muchas enfermedades infecciosas que antes causaban alta frecuencia de enfermedades y muerte, pandemias y/o dejaban secuelas ocasionalmente graves.</p>	<p>-La familia M.G. tiene su esquema de vacunación completa de acuerdo a la edad de cada integrante; se registra en cada carnet de salud la próxima fecha de vacunación.</p>

Requisito afectado número 7 Riesgo de Infección			
7.2 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección gastrointestinal relacionado con el inadecuado almacenamiento y tratamiento del agua.			
7.3 Plan de cuidados de Enfermería			
7.3.1 Objetivo de la persona: La familia M.G. identifica y utiliza la información obtenida sobre el uso y manejo adecuado del agua.			
7.3.2 Objetivo de Enfermería: Logra a través de la enseñanza en la familia M.G implementar en su vida diaria la información obtenida sobre el uso y manejo adecuado del agua.			
7.4 Intervenciones de Enfermería	7.5 Ejecución	Fundamentación	7.6 Evaluación
Modificar conductas actuales en el almacenamiento del agua.	Se imparte educación de cómo debe realizarse la desinfección del agua que van a utilizar para beber, para la preparación de los alimentos y su adecuado almacenamiento, se realiza una tarjeta informativa para reforzar este tema, "Higiene del agua" (anexo M).	<p>Higiene del agua</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar siempre agua segura para beber y para la preparación de alimentos, ésta puede ser embotellada, hervida o desinfectada de alguna de las siguientes formas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hirviendo el agua durante 5 minutos a partir del primer hervor 2. Usando cloro de uso doméstico: Agregar 2 gotas de cloro por cada litro de agua 3. Usando plata coloidal: Agregar 1 gota por cada 2 litros de agua <p>Para la desinfección con cloro o plata coloidal: utilizar recipientes de plástico o vidrio, conservarlos tapados y dejar reposar el agua durante 30 minutos antes de su uso.</p> <p>Los recipientes en los que se desinfecta y almacena el agua, deben lavarse con jabón, cepillo y cloro.¹⁰²</p>	<p>El agua lo almacena en cubetas y tambos, los cuales tienen tapadera de madera; cada quince días realiza lavado y desinfección de los mismos.</p> <p>Utiliza el cloro para desinfectar el agua que utiliza para beber y la preparación de alimentos.</p>

¹⁰² Secretaría de Salud; Higiene del agua, Como cuidar a mi familia en época de calor; México 2014.

Registros de las intervenciones

- Recorrido por el Área Geoestadística Básica AGEB E-14A30 7-11 de octubre 2013
- Aplicación de Instrumento del Diagnóstico de Salud del 7-11 de octubre del 2013
- Elección de la Familia para el estudio de caso.

En el primer acercamiento con la familia me entrevisto con la señora R.G.H para explicarles nuestro objetivo, interés y metodología de trabajo, las intervenciones para la educación y detecciones oportunas de enfermedades, así como la importancia de hacerlos partícipes y responsables de su auto cuidado.

Se da a conocer el instrumento de consentimiento informado y se deja en claro que no tendrá ningún costo y con la seguridad de que los datos obtenidos son absolutamente confidenciales.

- Integración del estudio de familia del 21-25 de octubre del 2013

El día 24 de octubre se aplica la cedula a la Familia M.G, este mismo día nos firman el consentimiento informado para participar en el estudio de familia.

- Valoración del caso de familia a través de la cedula.

Durante este periodo inicio la valoración de la familia en su domicilio

Las intervenciones desarrolladas fueron por grupo de edad medición de la agudeza visual, medición de peso y talla para sacar el Índice de Masa Corporal (IMC), detección oportuna de hipertensión arterial, detección de placa dentro bacteriana así como caries dental, en esta ocasión no se encuentra el padre de familia siendo el único que faltó de su evaluación.

- Planeación de las intervenciones de familia del 4-8 de noviembre del 2013

Los días 7 y 8 de Noviembre del 2013 se llevó a cabo una jornada de salud siendo SEDE la coordinación territorial de San Luis Tlaxialtemalco y en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria, en un horario de 9:00 a 13:00hrs.

Los objetivos fueron:

a) General

Elaborar un programa de enfermería especializada en Salud Pública que permita realizar intervenciones de enfermería especializada en la comunidad de acuerdo a las necesidades detectadas y descritas en el diagnóstico de salud de la Colonia Santiaguito, así como sensibilizar a la población sobre la importancia del autocuidado.

b) Específicos

- Educación a la población para la salud en los temas: como desinfectar frutas y verduras, la manera de hervir el agua, o la cloración de la misma.
- Reforzar los conocimientos que tiene la comunidad acerca de los diferentes métodos de Planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Detección oportuna y orientación de las enfermedades crónicas más comunes como son: Obesidad, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus
- Educar a los usuarios sobre una alimentación saludable utilizando como guía el plato del bien comer
- Información sobre los diferentes tipos de adicciones, los efectos que causan y sus complicaciones a largo y corto plazo, así como la manera de detectarlas y prevenirlas.
- Fortalecer la participación y sensibilidad de la sociedad en el autocuidado de la salud.

Las intervenciones proporcionadas a la familia M.G. son las siguientes:

- R.G.H.: detección oportuna de cáncer de mama, se le capacita en el tema de autoexploración mamaria cada mes el día 7-10 después haber iniciado su menstruación, detección cáncer cérvico uterino, realización de toma de híbrido para la detección de virus de papiloma humano, educación para prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos de planificación familiar, detecciones oportunas de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, aplicación de vacuna Antiinfluenza, Toxoide Tetánico Diftérico, valoración nutricional, Desparasitación, Medición de agudeza visual,

- M.M.I.: Educación para prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos de planificación familiar, medición de peso y talla para obtener su IMC detección oportuna de hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipercolesterolemia, valoración nutricional, detección de Cáncer de Próstata, desparasitación, medición de agudeza visual.
- M.A.M.G.: Aplicación de vacuna Antiinfluenza, valoración nutricional, desparasitación, medición de agudeza visual,
- G.M.G.: Aplicación de vacuna Antiinfluenza, valoración nutricional, desparasitación, medición de agudeza visual,

■ Evaluación del 18-22 de noviembre del 2013

Algunas evaluaciones de las intervenciones se proporcionaron el día 8 de noviembre durante las intervenciones de enfermería

Valoración

Evaluación

- 4 de junio del 2014 se realiza llamada telefónica para seguimiento a control de peso, violencia intra-familiar, medidas de desinfección del agua, desparasitación

VIII. PLAN DE ALTA

ACCIONES DE SALUD EN LA MUJER DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

Ficha de Identificación

Nombre del Usuario: R.G.H.	
Edad: 28 años	Sexo : Femenino
Fecha de Ingreso: 28 Octubre 2013	Fecha de Egreso:
Teléfono: 55-11-56-81-21 o al 55- 24- 32- 30-68	

Promoción para la Salud	
Acudir a su centro de atención de salud y presentar la cartilla de salud a la enfermera.	Acudir al Centro de Salud de la Secretaría de Salud San Luis Tlaxialtemalco o al Centro de Salud Tulyehualco a solicitar atención preventiva integrada.
Salud Bucal	Realizar cepillado de dientes tres veces al día, siguiendo la técnica de cepillado, revisión por el odontólogo cada año.
Actividad y ejercicio físico (30 min al día)	Continuar con las caminatas diarias incrementando el tiempo de duración de la misma cada quince días, evitar exponerse al sol haciendo la caminata en la mañana antes de las 12 hrs o bien después de las 15:00, lo anterior por la exposición de rayos ultra violeta, utilización de ropa adecuada para esta actividad.
Higiene personal	Realizar el baño cada tercer día, recordar lubricar la piel evitando la resequedad, así como el cambio de ropa interior y exterior, corte de uñas de manos y pies cada 2 semanas, lavado de manos por razón necesaria.
Accidentes	Acomodar los muebles de la casa para permitir caminar sin tropezar con ellos en los cuartos, levantar objetos del suelo evitando tropezar y caer, bañarse con sandalias para evitar caídas en el baño, mantener en buenas condiciones las conexiones eléctricas, verificar se encuentre cerrado el gas en caso de no utilizarlo, respetar los señalamientos viales al cruzar las calles y avenidas.
Adicciones y violencia familiar	No ingerir sustancias tóxicas como el alcohol, cerveza, marihuana, cocaína, solventes, mantener la comunicación con su familia principalmente esposo e hijos si identifica violencia hacia su persona o hijos acuda al centro de salud ahí le proporcionaran ayuda así como la orientación necesaria.

Nutrición	
Peso: 44;100 Talla: 1.35 cm Cintura: 82 cm IMC: 23.9 Kg/m2	
	Alimentación
	<p>Su peso se encuentra dentro de los parámetros normales.</p> <p>En cada comida se debe de incluir alimentos de los tres grupos: verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal. Se recomienda la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (carnes rojas) por su alto contenido de colesterol, (excepto pescado y aves sin piel), moderar el uso de sal en la elaboración de los alimentos, evitar los ayunos prolongados incorporando entre cada comida una colación puede ser una fruta del tamaño del puño de su mano en caso de ser manzana o pera, pepinos, zanahoria, jícama o bien verduras hervidas.</p> <p>Cereales consumir una vez al día alguno de los que se mencionan: Pan, arroz, frijol, lentejas, tortilla (2 piezas),</p> <p>Evitar comer: Irritantes como picante, café porque le irritan el estómago.</p>
	Agua
	<p>Tomar de 6 a 8 vasos al día de agua natural, puede tomar agua de fruta sin agregar azúcar, evitar la ingesta de refrescos así como de agua con sabor artificial.</p>

<u>Prevención y Control de las Enfermedades</u>	
Vacunación	Recomendaciones
Sarampión y Rubeola <ul style="list-style-type: none"> No embarazadas de 20 a 39 años, adicional. 	-El día 7 de noviembre del 2013 se le aplicó esta vacuna Una dosis de SR, dosis única.
Td (Toxoide tetánico y diftérico) <ul style="list-style-type: none"> Primera a partir de los 20 años sin antecedente vacunal Segunda de 4 a 8 semanas después de la primera Refuerzos cada 5 a 10 años Embarazadas, una dosis en cada embarazo 	La primera dosis de Td se aplica el 7 de noviembre del 2013, la segunda se le aplicó el 13 de diciembre. 2018 refuerzo de Toxoide Tetánico
Antiinfluenza <ul style="list-style-type: none"> Una dosis cada año entre los 50 a 59 años 	-Una dosis de Antiinfluenza estacional, esta se le debe aplicar cada año le corresponde el 7 de noviembre del 2014
Antineumocócica <ul style="list-style-type: none"> Una dosis cada 5 años entre los 50 a 59 años 	-la vacuna antineumococcica por edad no le corresponde aún.
<u>Detección de Enfermedades</u>	
Nombre del Estudio	Recomendaciones
Cáncer de mama <ul style="list-style-type: none"> Capacitación en la autoexploración (cada mes) Exploración clínica, a partir de los 25 años (cada año) Mastografía a partir de los 50 años (cada 2 años) 	Educación para la salud en la auto exploración mamaria, realizar la auto exploración mamaria los días marcados en calendario y acudir para su revisión clínica mamaria en noviembre del 2014.
Cáncer cérvico uterino <ul style="list-style-type: none"> Papanicolaou, a partir de 25 años (cada 3 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal) 	Se le agenda en su carnet de salud su próxima cita para el 2014 en el mes de noviembre. Detecciones: cada año hipertensión arterial y glucosa capilar cada 3 años. Su glicemia capilar es de 96 mg/dl, solicitar a la enfermera del Centro de Salud le realice su prueba anual de Diabetes Mellitus esto es en noviembre del 2016; los signos y síntomas de esta enfermedad son: Disminución de peso, sed excesiva, incremento en el número de veces a orinar.
Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none"> De 30 a 45 años sin sobrepeso o hipertensión (cada 3 años) De 30 a 45 con sobrepeso, obesidad o hipertensión (cada año) En mayores de 45 años (cada año) 	Su presión arterial es de 110/70mmHg., es una cifra óptima solicitar a su enfermera realice nueva toma en noviembre del 2014.
Hipertensión arterial <ul style="list-style-type: none"> A partir de los 30 años (cada año) 	-Evitar múltiples parejas sexuales para la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Uso adecuado de preservativo practicando así el sexo seguro.
VIH/ SIDA e infecciones de transmisión sexual, <ul style="list-style-type: none"> Detección y control de sífilis Detección y control de VIH/ SIDA Dotación de condones 	

Salud Reproductiva	
Información/ITS/ Métodos	Recomendaciones
Información para embarazos no deseados	A R.G.H le hicieron la Oclusión de Tubas Bilaterales cuando nació su hijo menor por lo que no aplica estas indicaciones.
Promover métodos anticonceptivos	
Vigilancia prenatal y puerperal	
Identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio.	
Atención del climaterio y menopausia (45 a 59 años)	

Nombre del Familiar responsable: _____

_____ Nombre de Estudiante Posgrado
--

_____ Firma de Tutora Clínica

IX. CONCLUSIONES

La importancia de realizar las intervenciones de enfermería en Salud Pública con la familia es debido a que aquí se gestan los hábitos de salud, es la fuente principal de apoyo y cuidados, los factores que influyen en uno de sus miembros afecta a los demás, utilizando sus propios recursos y la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles, en ocasiones para atender sus malestares utilizan remedios caseros, o visita a curanderos, esto depende del lugar, recursos económicos y disponibilidad de los servicios de salud con los que cuenta el área geográfica donde se encuentran, se deben considerar los problemas y necesidades familiares para poder entender, que sucede en esa comunidad cuales son los determinantes sociales que les afecta directamente, como son los hábitos de vida o costumbres.

La elaboración del presente caso de familia me permitió aplicar los conocimientos teórico práctico de la especialidad que curse, así como el desarrollo de competencias que se requieren para proporcionar consultoría preventiva integral de calidad sin dejar a un lado las actitudes y valores para lograr una formación integral logrando contribuir en mi desarrollo como profesionista de la salud.

La aplicación del Sistema de Apoyo Educativo en la Familia M.G. favoreció la presencia de una interacción dinámica y de empatía hacia el caso índice R.G.H y sus integrantes.

Lo cual considero es un una buena opción, la enfermera salubrista participa activamente en comunidades realizando actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación del individuo familia y comunidad para hacer una valoración de la población debe iniciarse por las familias que la integran; la familia es la unidad básica de la sociedad y está conformado por miembros que desempeñan roles, tradiciones no debemos dejar a un lado la transición que se está viviendo en estos cambios que surgen dentro de la misma, como la incorporación de la mujer a el área laboral, el padre que cuida a los hijos y se hace cargo de las labores de la casa, el hijo mayor quien cuida a los hermanos porque ambos padres trabajan o el caso de las madres solteras, cada una de estas familias tiene necesidades diferentes a quienes se les debe proporcionar intervenciones de enfermería especializadas de manera preventiva anticipatoria y resolutiva.

X. SUGERENCIAS

Para obtener el grado de Enfermera especialista en Salud Pública, la Universidad Nacional Autónoma de México cuenta como opción el realizar un estudio de caso lo cual sugiero debe continuar, es una herramienta que ayudara en un futuro a las próximas generaciones de la especialidad.

La situación actual de salud de nuestra población referente a los determinantes sociales, requiere de medidas emergentes y dirigidas, dentro de ellas se encuentran las intervenciones de la enfermera (o) especialista en Salud Pública, sabemos que tenemos un gran reto y un campo muy amplio en los tres niveles de atención, para ello considero es emergente incrementar los recursos humanos en esta especialidad.

Estoy convencida que para realizar cambios en la comunidad se requiere iniciar con estudiar e interactuar estrechamente con las familias que las conforman, de esta manera las intervenciones como enfermeras salubristas van dirigidas a las desviaciones de salud detectadas, utilizando la educación como medio para la modificación de los estilos de vida, tomado como referencia el marco de salud enfermedad.

El realizar un caso de Familia es una herramienta de apoyo para quienes trabajamos en un primer nivel de atención ya que se tienen resultados tangibles y medibles, estamos iniciando el cambio a mejorar su estado de salud y en un futuro contar con comunidades más sanas que la enfermera pueda dar consultoría independiente por lo cual exhorto a mis compañeras de las siguientes generaciones a dejar una parte de nosotras haciendo caso de familia para la obtención del grado de especialista.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Alberdi I. La nueva Familia española. Editorial Turus 1ª Edición, Madrid España. 2010. Págs. 30-49. [consultado el 10 octubre 2013] Disponible en <http://www.whatispublichealth.org/espanol/what/index.html>
2. Alonso Vigil Pilar. Carga de enfermedad atribuible al VPH de alto riesgo en el Principado de Asturias. Servicio de Vigilancia y Alertas Epidemiológicas. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios Oviedo, 2008.
3. Amalia Lorente Velázquez. Agudeza visual. Instituto Alcon. 2007. Pag.4-24.
4. Angélica María Armendáriz Ortega. Teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención en enfermería. Revista SynthesiS. Aventuras del Pensamiento. Enero-marzo 2007. Pp. 3-7.
5. Lic. Annia Rojas Gallol; Lic. Sandra Pérez Pimentell, et al, , Management of nursing care in self-care deficit theory, articles' originals, Camaguey Cuba 2008
6. Association of school of public health. ¿What is public health? 2010. Disponible en <http://www.whatispublichealth.org/espanol/what/index.html>
7. Barrón A. Aspectos teóricos de la familia y aplicaciones, Editorial Siglo XXI, España 1996 pag 313-31
8. Barrio C. I, González J. J. Métodos de Investigación Educativa, El estudio de Caso [Monografía en Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; [Consultado 28 Marzo 2014]. Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf
9. Benavent Garces, Ma. Amparo., y cols. “El modelo teórico de Dorothea E. Orem”, en: Enfermería 21, tomo Fundamentos de Enfermería, Madrid, España, 2001 Ediciones DAE (Grupo Paradigma) Cap. III, pp.313-367
10. Brenda T.R. Intervención de enfermería especializada a la familia V.M con déficit en el autocuidado en la alimentación actividad y reposo, ENEO,UNAM; México 2013.
11. Carpenito Lynda. Manual de diagnósticos de enfermería. Editorial Interamericana. 9ª edición, 2003

12. Castro T.M. Enfermería Familiar y Social. Editorial Libros de autores cubanos 1ª Edición 2008 Cuba.
13. CAVANAGH, Stephen J. (1993) "Significado de la Enfermería". (Trad. Por María Teresa Luis Rodrigo). Capítulo 1, en: Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona, España. Pp. 3-34
14. Centro de investigación en pólizas de salud de UCLA. Consideraciones Éticas en Investigaciones con Seres Humanos, 2010 EEUU Pag. 1-4.
15. Colectivo de autores, Bases conceptuales de Enfermería, Editorial Ciencias Médicas, La Habana 2008
16. Comisión Interinstitucional de enfermería, código de ética para las enfermeras y enfermeros en México, Editorial Salud, México 2001, p 1-24
17. Comisión Nacional de Arbitraje Médico Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas [Internet]. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
18. Eloy G. P. Introducción a la antropología social y cultural. 1ª edición 2010, editorial Open Couse Ware. España
19. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Antología de teorías y modelos de enfermería bases teóricas para el cuidado especializado, editorial UNAM, 2ª Edición, 2009 México.
20. Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia ESEO, Material didáctico plan de licenciatura en enfermería; Politécnico, México 2010.
21. Fanny Cisneros G. Teorías y Modelos de Enfermería. Universidad del Cuaca. Programa de Enfermería. Fundamentos de Enfermería. Popayán, Febrero de 2008. Pág. 1-20
22. Fladrin J.L. Orígenes de la Familia Moderna, Editorial Grijalbo, 3era edición, 1999
23. Franco M, Diez-Roux AV, Glass TA, Caballero B, Brancati FL. Neighborhood characteristics and availability of healthy foods in Baltimore. Am J Prev Med. Dec 2008;35(6):561-567.
24. Franco M, Diez-Roux AV, Nettleton JA, et al. Availability of healthy foods and dietary patterns: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. Am J Clin Nutr. Jan 14 2009.
25. Franco M, Orduñez P, Caballero B, et al. Impact of energy intake, physical activity, and population-wide weight loss on cardiovascular disease and diabetes mortality in Cuba, 1980-2005. Am J Epidemiol. Dec 15 2007;166(12):1374-1380.
26. Franco M, Orduñez P, Caballero B, et al. Obesity reduction and its possible consequences: what can we learn from Cuba's Special Period? CMAJ. Apr 8 2008;178(8):1032-1034.

27. Gavilanes del Castillo, Luis María, Monseñor Leónidas Proaño y su Visión Profético-Liberadora en la Iglesia de América Latina, pág. 288.
28. Gérvas Camacho, Juan, Pérez Fernández, et al. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria: A propósito de dos ejemplos en pediatría. Rev. Esp. Salud Pública. [online]. 2007, vol. 81, no. 4 <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v81n4/colaboracion.pdf> (Ca. Mama).
29. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
30. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011. Pag. 4-8
31. Ingrid Vargas. Familia y Ciclo Vital Familiar. Facultad de medicina UNAM. 2004. Pág. 1-9.
32. Instituto Interamericano del niño. Concepto de familia. 2010.1-23. consultado el 09 noviembre 2013. Disponible en: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lectura%2012_UT_1.PDF
33. L.E.O. Irma C.M. Promoción del autocuidado a una familia con desviación de la salud nutricia, ENEO, UNAM; México 2007
34. Isabel L. B. Manual para la intervención en la Salius Familiar. Editorial Ciencias Médicas 1ª Edición, La Habana Cuba.
35. Jarabo Crespo Y, Vaz Leal., Estudios sociales y de sociología aplicada, revista Documentación Social Madrid1995, pag 163-170.
36. Jensen MD. Obesity. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman's Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2011:chap 227.
37. José Ramón González Navarro. Introducción al Proceso de Atención de Enfermería. Escuela Universitaria Virgen de los Desamparados. Valencia. 2007. Pags. 1-9.
38. José Ramón M.R., Rafael P. C. Enfermería en Atención Primaria, 1ª edición, 2012, Editorial Lexus, Madrid Valencia.
39. Leddy S, Pepper J. Mac. Bases conceptuales de la enfermería profesional. Cap 12. El proceso de enfermería. New York: Editorial J.B.Lippincott; 1989; 251-68.
40. Linda Carpenito "Diagnósticos de Enfermería" Ed. Interamericana. 2009.
41. López Díaz Alba L., Guerrero, S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. Invest. Educ. enfer. (serial on the internet). 2006 Sep (cited 2013 sep 19); 24(2): 90-100.
42. Luis de la Revilla, El Genograma mucho más que un dibujo; Revista No todo es Cínica, Granada España 2011

43. Lupe Mastre, Problemas económicos que afectan la familia; México junio 2013 [citado 24 junio 2014] Disponible: <http://problemasfamiliares2.blogspot.mx/>
44. Leniin Pando, Economía y maltrato familiar; México junio 2013, [citado 24 junio 2014]; Disponible: <http://problemasfamiliares2.blogspot.mx/>
45. Lutecia Chacón Álvarez del Castillo. Conceptualización de enfermería. Revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro social (Mexico), vol 6 Núm 1, 1995. Pag. 39-42.
46. Mtra. Judith Barrientos S. Diagnósticos de enfermería; programa para el fortalecimiento de competencias de enfermería. México 2012.
47. Marcela Ferrer Lues, Acta Bioética Equidad y Justicia en Salud, Universidad de Chile, 2003.
48. Marraza Alvarl. Salud Pública y enfermería comunitaria. Editorial Mac GrawHill Interamericana, Madrid 2003.
49. Marrineer Tomey A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 4ta ed. Madrid: Editorial Harcoort; 1998:55-56.
50. Mariner T. A. Modelos y teorías de enfermería. Madrid España, Mosby-Doyma. Tercera edición. 1994. Pág. 30-49.
51. Martha B.B, Gandhi P.G, et al Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso; Artículo de Enfermería Neurológica; editorial INNN vol.11; México 2012.
52. Milvia Rojo; Atención de enfermería a pacientes con afecciones psiquiátricas; editorial Ecimed; La Habana 2007.
53. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Inmunizaciones: Vacunas y su importancia. Departamento de Inmunizaciones DIPRECE. 2007. 1:4.
54. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Atención Primaria de Salud. Dirección General de programas de Salud. Asunción Paraguay 2012. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2012/06/guia-visitas-domiciliarias-blanco-y-negro.pdf>
55. Moran Aguilar V. Modelos de enfermería, 1ª edición, México. Editorial Trillas. 1994. 10-15.
56. MSC. Nuria Rivero Martínez et al. Valoración Ètica del Modelo de Dorotea Orem. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. v.6 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2007. [citado 01- nov-2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172919X2007000300012&script=sci_art_text.
57. Monsserrat R. R., Carmen C. L. et. al. Enfermería Comunitaria editorial Monsa Prayma 1ª edición, Madrid España.
58. Navarro Peña, Y., Castro Salas, M. Modelo de Dorothea Orem Aplicado a un Grupo Comunitario a Través del Proceso de Enfermería. Enfermería Global. Nº 19 Junio 2010. 1-3. disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/16/

59. Nilda L.Bello. Fundamentos de enfermería. Parte 1. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 2006. Pags. 64-82.
60. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
61. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
62. Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
63. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-2002, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.
64. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
65. Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano
66. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
67. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
68. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
69. R. Alfaro "Aplicación del Proceso de Enfermería". Ed. Doyma 1986. Pág. 10-15, 30-40, 68-90.
70. Organización Mundial de la Salud/ La educación y la salud están íntimamente unidas[citado el 23 de junio 2014]; Disponible en: http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
71. Organización Mundial de la Salud/nota descriptiva No 311/centro de prensa/obesidad y sobrepeso [citado el 30 octubre 2014]; Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
72. Organización Mundial de la Salud/ nota descriptiva No 212/ centro de prensa/ mayo 2014 [citado 19-junio-2014]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

73. Organización Mundial de la Salud. Desparasitar a los Niños. *Infectología Pediátrica*. Octubre 21, 2013, 1-3.
74. Dr. Pablo Kuri, *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*, Marzo 2014.
75. Pereda Acosta, M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Rev. Enf. Neurol.* 2011; Vol. 10, (3): 163-167
76. Prevención del cáncer de cuello de útero. Recomendaciones para la detección precoz. Información para profesionales. Dirección general de Salud Pública y Participación. Consejería de salud y Servicios Sanitarios. Oviedo, 2009. Disponible en: www.astursalud.es.
77. Rivero Martínez Nuria, González Acosta Mercedes Niurys, González Barrero Marylú, Núñez Herrera Mirtha, Hornedo Jerez Iris, Rojas Izquierdo Miladys. Valoración Ética del Modelo de Dorotea Orem. *Rev haban cienc méd [revista en la Internet]*. 2007 Sep [citado 01- nov-2013]; 6(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012&lng=es.
78. L.E.O. Rosa H.M. *Teoría del Déficit de autocuidado como base Educativa para Modificar Actitudes que Ayuden a la Familia a Recuperar la Salud*, ENEO, UNAM; México 2011
79. Santiago Azor P. ; Control del enfado o ira excesiva, *Blogs de Portales Médicos*; [revista en Internet] septiembre 2009, [citado 19 junio 2014]; Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/blogs/psicomoebius/note/5258/control-del-enfado-o-ira-excesiva.html>
80. Secretaría de Salud, Cámara de diputados, et al, *Ley General de Salud*, México 1984
81. Secretaría de Salud, CONAMED, *Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros*, editorial Salud, México sf.
82. Secretaría de salud, CONAMED, *Carta de Derechos de los pacientes*, Editorial Salud, México sf.
83. Secretaria de Salud; Manejo, preparación y consumo de alimentos, *Como cuidar a mi familia en época de calor*; México 2014.[consultado el 10 junio 2014] Disponible: <http://www.todosobretemporadadecalor.mx/secciones/informaci%C3%B3n-p%C3%BAblico/como-cuidar-a-mi-familia-en-%C3%A9poca-de-calor.aspx>
84. Screening for and Management of Obesity in Adults. Rockville, MD. US Preventive Services Task Force; June 2012: AHRQ publication 11-05159-EF-2.
85. Shortell SM, Swartzberg J. The physician as public health professional in the 21st century. *JAMA*. Dec 24 2008; 300(24):2916-2918.
86. Segalen, M. *Antropología histórica de la familia*. Editorial Taurus, Madrid 1992.

87. Semenkovich, CF. Disorders of lipid metabolism. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Cecil Medicine. 24th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2011: chap 213.
88. Steven K. Ault, Ruben Santiago Nicholls, Martha Idalí Saboyá. Taller sobre la integración de la desparasitación en los paquetes de atención en salud para niños en edad preescolar en las Américas. Organización Panamericana de la Salud y McGill University. 2011. Washington, DC. 8-10,15-17,40-44.
89. Taylor SG. Dorothea E. Orem, Teoría del déficit de autocuidado. En: Marriner A, Raile M. Modelos y teoría en enfermería. 6ª ed. España: Elsevier; 2007. 15-29, 46-80.
90. Vega Angarita, Olga m. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y cuidado. Volumen 4. No. 4. México 2008. Pág. 29.
91. W. Iyer. "Proceso de Atención de Enfermería y Diagnósticos de Enfermería" ed. Interamericana. 1986. Pág.5-10

XII. ANEXOS

- A.- Cédula de valoración familiar
- B.- Consentimiento informado para la autorización de las intervenciones de enfermería
- C.- Gráfico de GENOMAPA
- D.- Gráfico de ECOMAPA
- E.-Croquis del Área Geoestadística Básica (AGEB) E-14A30 Col Santiaguito
- F.- Evidencia fotográfica de enfermería con la familia
- G.-Solicitud y reporte de resultado de citología cervical
- H.-Solicitud y reporte del resultado de la prueba de papiloma humano
- I.- Díptico auto exploración mamaria
- J.-Tarjeta informativa Salud Bucal
- K.- Tarjeta informativa recuerda lavarte las manos
- L.-Tarjeta informativa prevención de contagio de los parásitos
- M.-Tarjeta informativa higiene del agua
- N.-Díptico tu salud empieza al manejar tus alimentos con limpieza
- Ñ.-Plan de Alta

Anexo-A



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**



CÉDULA DE VALORACIÓN FAMILIAR

OBJETIVO: Elaborar un estudio de caso a partir de la aplicación de la cedula de valoración familiar

INSTRUCCIONES:

- Presentarse con la familia y obtener autorización para participar en el caso de familia
- Obtener el consentimiento informado.
- Requisita los datos que se solicitan en cada uno de los apartados con letra legible y de molde

Datos de Identificación del domicilio familiar

AGEB: _____

No. De Manzana: _____

Apellidos de la familia: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Fecha de Aplicación: _____

FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

Religión: _____ Idioma: _____

Tipo de seguridad social a la que tiene acceso: _____

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Parentesco	Edad	Sexo	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil

FACTORES CONDICIONANTES AMBIENTALES

1. Tipo de vivienda en la que habita

1) Propia (Siguen pagando)	2) Rentada	3) Prestada	4) Compartida
----------------------------	------------	-------------	---------------

2. Principal material de construcción utilizado en la vivienda

1) Concreto	2) Lámina	3) Madera	4) Otros (Especifique)
-------------	-----------	-----------	------------------------

3. Principal material de construcción utilizado en el piso

1) Tierra (Patio)	2) Concreto (Habitaciones)	3) Madera	4) Loseta
-------------------	----------------------------	-----------	-----------

4. ¿Cómo está estructurada su casa?

Cuenta con	Cantidad
------------	----------

Recamaras	
Cocina	
Sala	
Comedor	
Baño	
Un solo cuarto	

5. ¿Número de habitantes que duermen en cada recámara?

1) 2 por recámara	2) De 3-4 por recámara	3) Más de 5 por recámara
-------------------	------------------------	--------------------------

6. Disposición de excretas

1) Baño compartido/propio	2) Letrina	3) Fosa séptica	4) Al aire libre
---------------------------	------------	-----------------	------------------

7. ¿Cuenta con los siguientes servicios dentro de la casa?

Servicios	1) SI	2) NO
Agua entubada		
Luz eléctrica		
Drenaje		

8. ¿Cuenta con los servicios públicos fuera de la casa?

Servicios Públicos	1) SI	2) NO
Toma de agua		
Alumbrado		
Drenaje		
Pavimentación		
Camión recolector de basura		

9. ¿Qué combustible utiliza para su uso doméstico?

1) Leña	2) Parrilla eléctrica	3) Carbón	4) Gas
---------	-----------------------	-----------	--------

10. ¿En dónde almacena la basura?

1) Bote con tapa	2) Bolsa de plástico	3) Cajas	4) Al aire libre
------------------	----------------------	----------	------------------

11. ¿De qué forma elimina la basura?

1) Camión (INORGÁNICA)	2) Tiradero	3) La quema	4) La entierra (ORGÁNICA)
------------------------	-------------	-------------	---------------------------

12. ¿Convive con la siguiente fauna doméstica?

Fauna	1) Si	2) No	3) Número
Perros			
Gatos			
Aves			
Reptiles			
Anfibios			
Roedores			

13. ¿Sus mascotas están vacunadas/desparasitada?

1) Si/Si	2) No/No
----------	----------

14. ¿Con qué frecuencia conviven las mascotas dentro de la casa?

1) Siempre	2) Algunas veces	3) Ninguna
------------	------------------	------------

15. **OBSERVAR ÚNICAMENTE** ¿Existe presencia de la siguiente fauna nociva en su casa?

Fauna nociva	1) Si	2) No
Roedores		
Cucarachas		
Insectos		
Chinches		
Pulgas		
Arañas		
Moscas		

VALORACIÓN DE LOS REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO UNIVERSAL

I. MANTENIMIENTO PARA UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

16. ¿Qué tipo de problemas respiratorios ha presentado en el último año?

1)	2)	3)
----	----	----

17. ¿Qué integrante de la familia fuma?

1) Ninguno	2) Mamá	3) Papá	4) Hijos (a)	5) Todos
------------	---------	---------	--------------	----------

18. ¿Número de Cigarrillos que consumen al día?(Promedio familiar)

1) De 2-3 cigarrillos por día	2) De 4-9 cigarrillos por día	3) Más de 10 cigarrillos al día
-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

19. ¿Número de ventanas con la que cuenta la vivienda?

1) 1 – 2	2) 3 – 4	3) Más de 5	4) Ninguna
----------	----------	-------------	------------

II. MANTENIMIENTO PARA UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

20. ¿De dónde proviene el agua que acostumbra beber?

1) Garrafón	2) Clorada	3) HERVIDA (A VECES)	4) De la llave	5) POZO	6) Filtrada
-------------	------------	----------------------	----------------	---------	-------------

21. ¿Dónde almacenan el agua de uso familiar?

1) Tinaco	2) Cisterna	3) Recipientes (TAMBOS Y GARRAFONES)	4) Pileta
-----------	-------------	--------------------------------------	-----------

22. ¿Con qué frecuencia lava el lugar dónde almacena el agua?

1) Nunca	2) 1 vez al año	3) 2 veces al año	4) Más de 3 veces al año
----------	-----------------	-------------------	--------------------------

23. ¿Con qué frecuencia consume las siguientes bebidas?

TIPO DE BEBIDAS	NUMERO DE VASOS			
	PADRE	MADRE	HIJA	HIJO
Agua natural				
Agua de sabor				
Bebida gaseosa				
Néctar/Jugos				
Café				
Pulque				
Cerveza				
Té				

III. MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO

24. ¿Con qué frecuencia consume alimentos elaborados fuera del hogar?

1) Nunca	2) De 2 a 3 veces por semana Familia fines de semana, porque visitan a sus familiares	3) 4-7 veces por semana (ESOSO)
----------	--	------------------------------------

25. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?

Alimentos	1) 1 vez por semana	2) 2 veces por semana	3) Más de 3 veces por semana	4) Diario	5) 15 días
Carne Roja					
Carne Blanca					
Huevos					
Embutidos					
Leche y derivados					
Frutas					
Verduras					
Cereales					
Leguminosas					

26. Valoración del estado nutricional.

Nombre	Parentesco	1) Peso	2)Talla	3)IMC	4) Resultado

--	--	--	--	--	--

IV. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL

27. ¿Usted o alguien de su familia ha presentado algunas de las siguientes molestias al orinar?

Integrante	Síntomas

28. ¿Usted o alguien de su familia ha presentado algunas de las siguientes molestias intestinales?

Integrante	Síntomas	Frecuencia

V. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

29. ¿Cuánto tiempo dedican para realizar ejercicio?

1) Diario	2) Cada tercer día en la escuela	3) Cada semana	4) Nunca
-----------	----------------------------------	----------------	----------

30. ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

1) Aeróbico	2)	3)	4)
-------------	----	----	----

31. ¿Cuántas horas duermen al día?

Integrante	1) De 4 a 6 horas	2) De 7 a 9 horas	3) De 10 a 12 horas

32. ¿Cuánto horas al día se destinan al trabajo?

Integrante	1) De 4 a 6 horas	2) De 7 a 9 horas	3) De 10 a 12

33. ¿Usted o alguien de su familia presentan algún problema para conciliar el sueño?

Integrante	Tipo de problema

VI. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL

34. ¿Cómo considera la relación familiar?

1) Buena	2) Mala por violencia intrafamiliar	3) Regular
----------	-------------------------------------	------------

35. ¿Pertenece a algún grupo u organización social?

1) Si	2) No
-------	-------

36. ¿Cómo describe la interacción social de su familia con vecinos y amigos?

1) Buena	2) Regular	3) Mala
----------	------------	---------

37. ¿Cada cuándo se reúnen en familia para conversar o comer juntos?

1) Siempre	2) Algunas veces (Domingos)	3) Nunca
------------	-----------------------------	----------

38. ¿Usted o alguno de los integrantes de la familia tiene problemas para relacionarse con los demás?

1) Papá	2) Mamá	3) Hijos
---------	---------	----------

39. ¿Ha sido testigo de algún tipo de violencia dentro de su familia? ¿Cuál de las siguientes?

1) Física	2) Psicológica	3) Social	4) Económica	5) Ninguna
-----------	----------------	-----------	--------------	------------

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

40. ¿Usted y su familia cuentan con esquema de vacunación?

Integrante	1) Completo	2) Incompleto	Especifique vacuna que falta

41. ¿De las siguientes detecciones oportunas mencione cuales han realizado?

Integrante	Detecciones oportunas	1)Si	2)No	3)Última fecha

42. ¿Algún integrante de la familia padece actualmente alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Integrante
Diabetes Mellitus	
Cardiopatía	
Hipertensión	
Displasia	
Enf Urinaria	
Enf. Mentales	
Enf. Gastrointestinal	
Enf. De la piel	

43. ¿Alguna integrante de su familia está embarazada actualmente?

1) Si	2) No
-------	-------

44. Mujeres en edad reproductiva

Integrante	No. embarazo	No. consulta prenatal	Aborto	Método anticonceptivo

45. ¿Con que frecuencia acostumbran lavarse las manos?

1) 1 vez al día	2) De 2 a 3 veces al día	3) Más de 3 veces al día
-----------------	--------------------------	--------------------------

46. Mencione la frecuencia con que realiza los siguientes hábitos higiénicos

Integrante	Baño /Frecuencia	Cambio de ropa / Frecuencia	Aseo bucal / Frecuencia

47. ¿Usted o alguien de su familia ha utilizado alguna de las siguientes sustancias?

Sustancia	1) Si	2) No	¿Quién?
Tranquilizantes o Sedantes			
Marihuana			
Cocaína			
Inhalantes			

VIII. PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES DE ACUERDO CON EL POTENCIAL HUMANO, LAS LIMITACIONES HUMANAS CONOCIDAS Y EL DESEO HUMANO DE SER NORMAL.

48. ¿Usted o alguien de su familia padece de alguna de las siguientes discapacidades?

1) Visual (Padre e hija)	2) Auditiva	3) De lenguaje	4) Física	5) Neurológica
--------------------------	-------------	----------------	-----------	----------------

49. ¿Aproximadamente a cuánto asciende el ingreso mensual familiar?

1) <\$1500	2) \$1501 a 3000	3) \$3001 a 4500	4) \$4501 a 6000
------------	------------------	------------------	------------------

50. ¿Cuánto dinero destina para los siguientes gastos?

Concepto	Cantidad asignada
1) Alimentos	\$ 1, 800.00 mensuales
2) Vestido y calzado	\$ 400.00 anuales
3) Educación	\$ 80.00 mensuales
4) Recreación	\$ 40.00 cada 20 días
5) Vivienda	\$ 700.00 pago de vivienda \$ 200 luz por bimestre

Firma
Lic. Blanca Estela Marin de la Cruz

Anexo-B



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE CASO FAMILIAR

A usted y su familia se le está invitando a participar en este estudio, y para tomar la decisión de su participación debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

OBJETIVO GENERAL

Identificar a través de una cédula de valoración de enfermería cual es el estado de salud en el que se encuentra actualmente su familia

OBJETIVO ESPECIFICO

Realizar intervenciones especializadas por parte del o los Estudiantes de Enfermería de la Especialidad de Salud Pública que permitan fomentar el autocuidado familiar.

PROCEDIMIENTO DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas acerca de su familia con respecto: característica de la vivienda, hábitos alimenticios y personales, antecedentes y cuidado de la salud familiar, actividades Culturales y recreativas como familia y su estructura familiar.

Posteriormente establecer fechas de común acuerdo con ustedes para realizar las intervenciones especializadas de enfermería acorde a los problemas de salud que se hayan identificado y que esté al alcance del alumno favorecer su restablecimiento

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No le ocasionara riesgos a la salud su participación en este estudio.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el o los Estudiantes del Posgrado de Salud Pública (EPSP) responsables no se lo soliciten o haya dado de alta-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al (ESP) responsable.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación. A continuación le solicito firmar la **Carta de Consentimiento Informado** que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FAMILIA _____ he leído y comprendido que la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines educativos. Convengo en participar en este estudio caso de MI FAMILIA. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE

Esta parte debe ser completada por el(los) EPSP (s):

He explicado a la Familia _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

“De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 21”

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

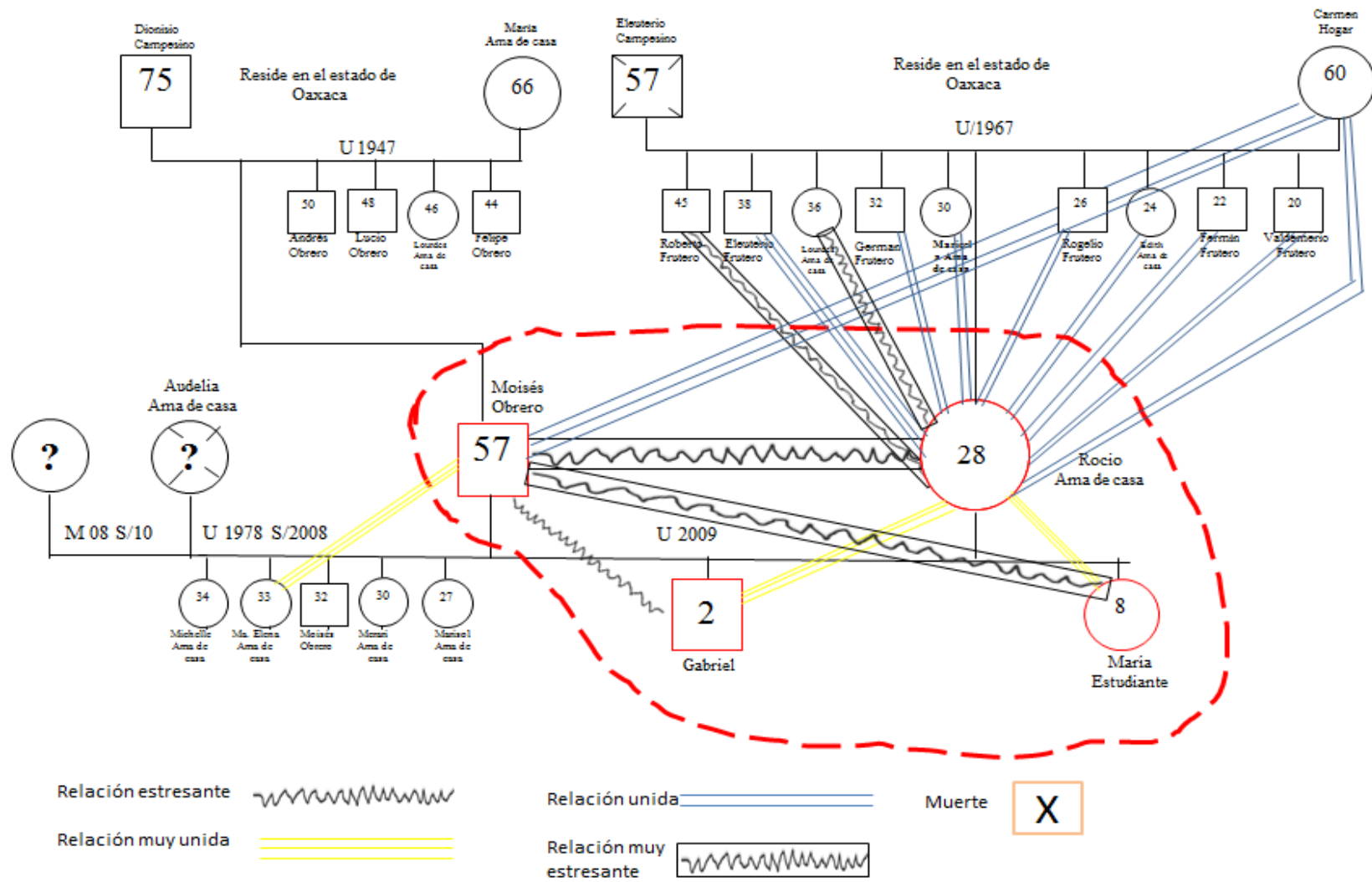
Nombre y Firma del Alumno

Nombre y Firma del Alumno

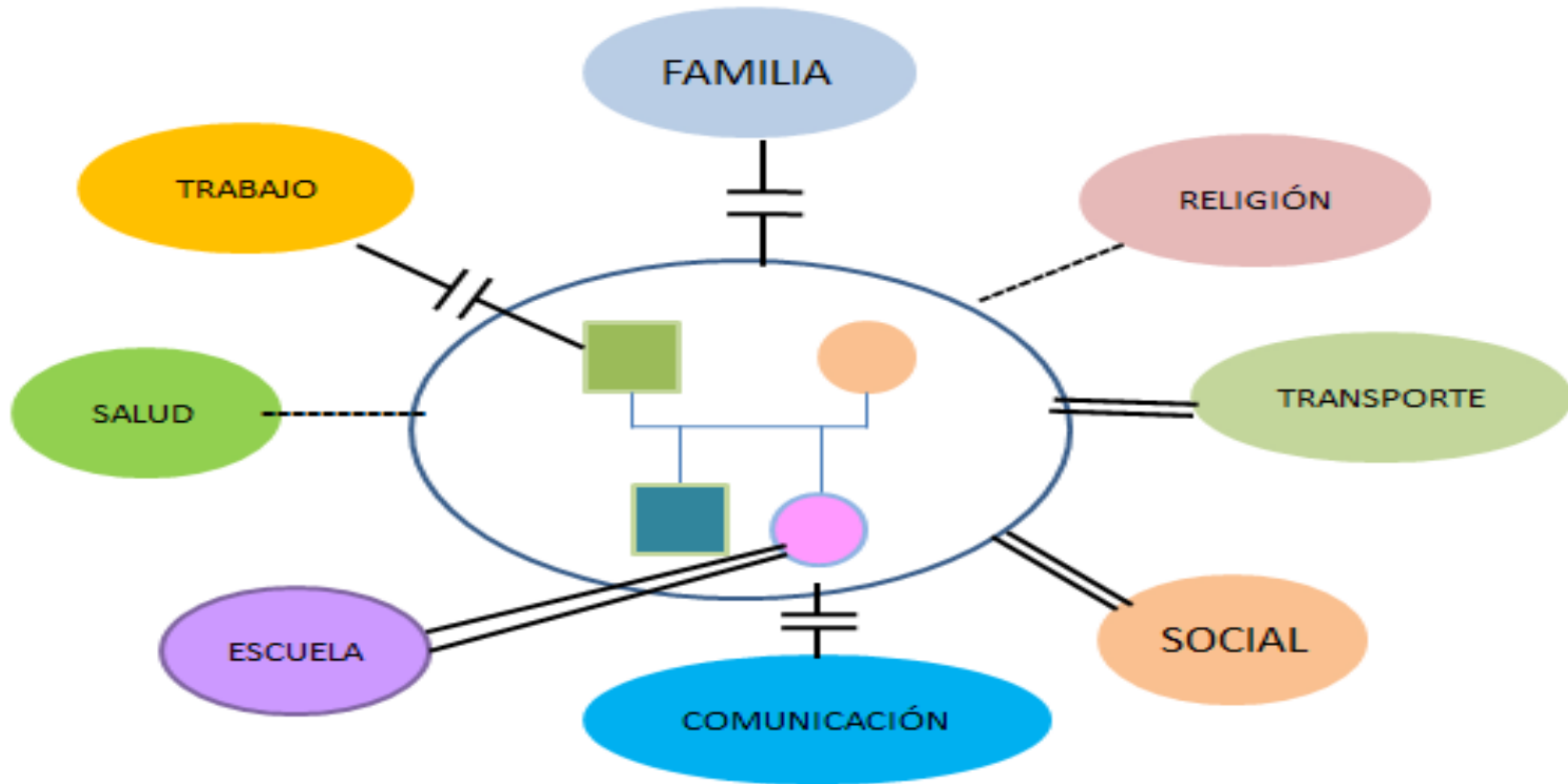
México D.F., a ____ de _____ de 2013

Ccp Familia en estudio

Anexo-C Gráfico Genomapa



Anexo-D
Gráfico Ecomapa



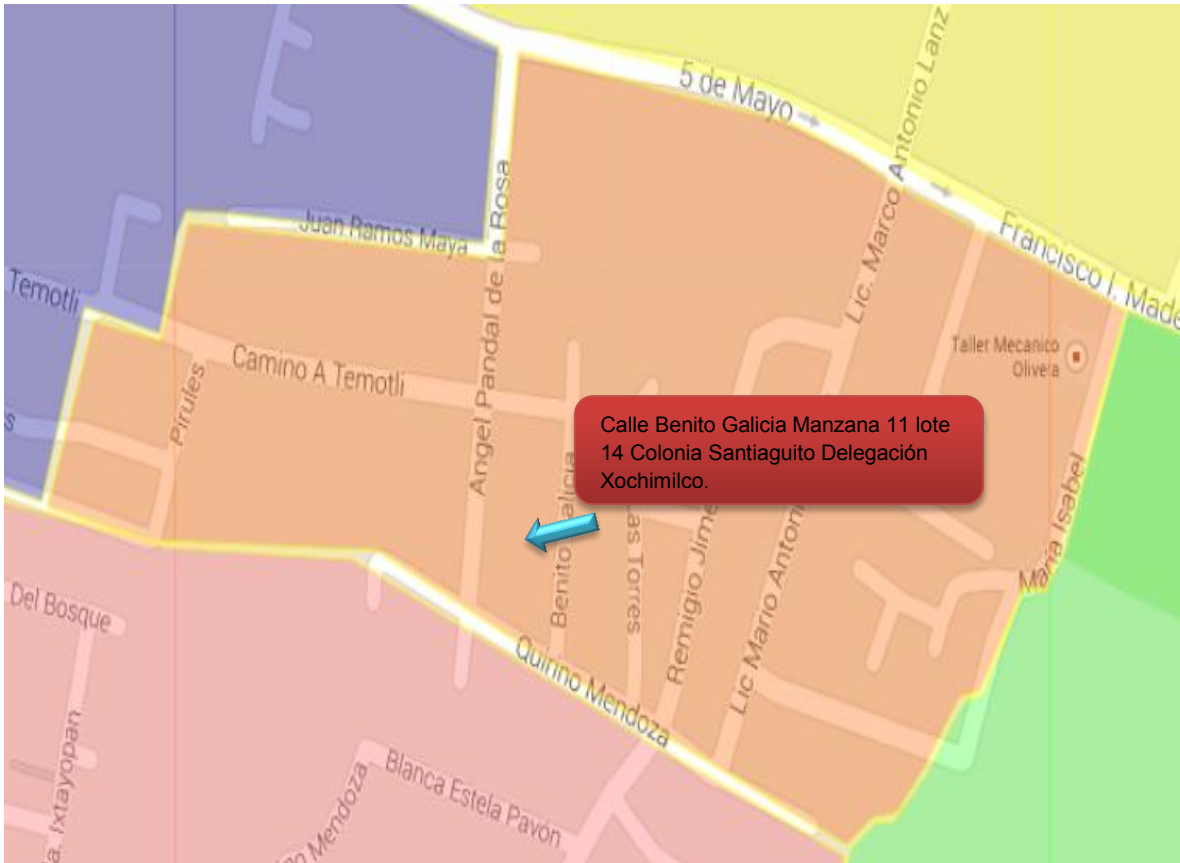
Débil -----

Quiebre —|—|—

Cercana ==

Anexo-E

Mapa de ubicación de la familia M. G.



Ubicación Geográfica de la familia M. G.

Anexo- F

Evidencia fotográfica de Enfermería con la familia





Atención Preventiva Integrada





Intervenciones de Enfermería interdisciplinaria con la Especialidad de Salud Mental

Anexo-G

1159



SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL



I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD		FOLIO	
1. Institución	01	No. 1159	
2. Entidad / Delegación	09		
3. Jurisdicción	14		
4. Municipio	014		
5. Unidad Médica	C.S. Portales		
II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE		CLAVE DE LA PACIENTE	
6. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
7. Entidad de nacimiento	Caxaca, México		CURP
8. Fecha de nacimiento	24/05/1985	9. Edad	28
10. Domicilio	Benita Galicia Me II 414	Santiagouito	Xochimilco
	Distrito Federal	Xochimilco	No tiene
11. Otro Domicilio			
Derechohabencia	1. IMSS	2. ISSSTE	3. PEMEX
	4. SEGURO POPULAR	5. SEDENA	4
III. ANTECEDENTES			
12. Citología	1. Primera vez en la vida	2. Primera vez después de 3 años	3. Subsecuente
13. Situación ginecoobstétrica	1. Puerperio o postaborto	4. DIU	7. Embarazo actual
	2. Postmenopausia	5. Histerectomía	8. Tratamiento colposcópico previo
	3. Uso de hormonales	6. Tratamiento farmacológico	9. Ninguno
13.1. Inicio de vida sexual	1. Si	2. No	13.1
13.2. Antecedentes de vacunación VPH	1. Si	2. No	13.2
Número de dosis	1. Una	2. Dos	3. Tres
	4. Completo		
14. Fecha de la última regla	25 / Sept / 2013		14
15. A la exploración se observa	1. Cuello aparentemente sano	4. Cervicitis	7. No se observa cuello
	2. Cuello normal	5. Leucorrea	
	3. Erosión del cuello	6. Sangrado anormal	
21. Muestra repetida?	1. Si	2. No	21
21.1 Número citológico anterior			21.1
IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL			
22. Fecha de interpretación	63540		22
23. Número citológico			22
24. Laboratorio			22
25. Características de la muestra	1. Adecuada	2. Inadecuada	25
26. Diagnóstico Citológico	Negativo a cáncer		26
27. Repetir estudio	1. Si	2. No	27
28. Motivo	Muestra manchada		28
29. RFC del Citotecnólogo	ROLJ-79081		29
30. La muestra fue revisada por el patólogo	1. Si	2. No	30
30.1 Diagnóstico del Patólogo (De acuerdo al No. 26)			30.1
31. RFC del Patólogo			31
32. Prueba de hibridación	1. Si	2. No	32
32.1 Resultado de hibridación	1. Negativo	2. Positivo VPH bajo riesgo	32.1
Observaciones	Fastid. act. inflamatorio.		

Nombre y Firma del Patólogo

Nombre y Firma de la Paciente

Anexo-H


PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CERVICU UTERINO
SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA
GOBIERNO FEDERAL
SALUD

SOLICITUD Y REPORTE DEL RESULTADO DE LA PRUEBA DE PAPILOMA VIRUS

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD

1.- INSTITUCIÓN 01
 2.- ENTIDAD/DELEGACIÓN 09
 3.- JURISDICCIÓN 14
 4.- MUNICIPIO 014
 5.- UNIDAD MÉDICA CS Pedales
 6.- CLUES DFSSA003256

349

PRUEBA DEL PAPILOMA VPH DF


0913049018

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE

CLAVE DE LA PACIENTE _____

7.- NOMBRE _____
 8.- ENTIDAD DE NACIMIENTO DF CURP _____
 9.- FECHA DE NACIMIENTO 24 05 85 10.- Edad 28 años
 11.- DOMICILIO Benita Calicia Mz 11 Santiago Xochimilco
Distrito Federal
 12.- DERECHO HABIENTE 1. SEGURO POPULAR 3. ISSSTE 5. SEDENA 7. IMSS OPORTUNIDADES 9. OTRO
 2. IMSS 4. PEMEX 6. SEDEMAR 8. NINGUNO

CLAVE OPORTUNIDADES/SEDESOL _____

III. PRUEBA PAPILOMA VIRUS

13.- FECHA DE ESTUDIO ANTERIOR (PAPILOMA VIRUS) _____
 14.- FECHA DE TOMA 7 11 13
 NÚMERO DEL CÓDIGO DE BARRAS _____
 15.- MOTIVO DE DETECCIÓN TAMIZAJE 11 SEGUIMIENTO: _____
 1) INVITACIÓN ORGANIZADA 2) VPH POSITIVO PREVI
 12) DERIVADA POR PERSONAL DE SALUD 22) ASCUS O LSIL (LESIÓN PRECURSORA)
 13) ESPONTÁNEA (DE LA MUJER) 23) CONTROL DE CÁNCER
 16.- TIPO DE LA TOMA 1) DIRIGIDA 2) AUTÓNOMA
 17.- RESPONSABLE DE LA TOMA (RPC) MABA700319 IC5 FIRMA: 
 18.- FECHA DE ANÁLISIS 11 NOV 2013 19.- RESULTADO 1) NEGATIVO 2) POSITIVO
 20.- FECHA DE ENTREGA DE RESULTADO 76 NOV 2013
 21.- OBSERVACIONES 1) MUESTRA EXTRAÍDA 2) FRASCO ABIERTO DTRD: _____

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER, S.S. de C.V.

Anexo- I

Auto exploración mamaria

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



De pie observe cambios:

Con los brazos hacia arriba Con las manos en las caderas Inclínada hacia adelante

Busque:

• Bolitas, endurecimientos o hundimientos.

• Utilice la yema de sus dedos.

Explórese estando de pie:

Debajo de ambos brazos

Toda la mama Por encima de la mama

Acuéstese y tóquese

Observe

Tumor Cambios en la piel

Retracción Enrojecimiento

Hundimiento del pezón Secreción

Elaborado por:
 Licenciada Marin de la Cruz Blanca Estela

**MATERIAL EDUCATIVO
PROPORCIONADO
A LA FAMILIA**

Salud Bucal



Coloque el cepillo a lo largo de la línea de la encía, marcando un ángulo de 45° respecto de la misma. Realice movimientos de adelante hacia atrás unas 10 a 15 veces cada dos o tres dientes.

Cepille las superficies internas de cada diente, utilizando la técnica del paso anterior.



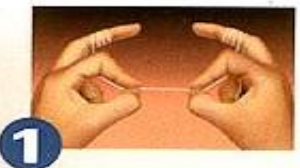
Continúe cepillando las superficies masticatorias, realizando movimientos de adelante hacia atrás.



Coloque el cepillo verticalmente para cepillar la cara interna de los dientes superiores e inferiores.



Use hilo dental con regularidad:



Corte aproximadamente 45 cm. de hilo dental y enróllelo en los dedos medios de ambas manos dejando unos 12 cm. entre uno y otro.

Deslicelo suavemente entre los dientes hasta llegar por debajo de la línea de la encía.



Curve el hilo en forma de C y deslicelo entre los dientes con un movimiento de barrido. Repita esta acción en todos los espacios entre diente y diente.

RECUERDE:

1. Cepillarse los dientes después de cada comida.
2. Utiliza un cepillo dental suave.
3. Reemplaza tu cepillo cada 3 o 4 meses.
4. Visita al dentista por lo menos una vez al año.

Elaborado por:
Lic. Marin de la cruz Blanca Estela

Anexo- K



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



RECUERDA LAVARTE LAS MANOS

¿Cómo y cuándo nos lavamos correctamente?

- Después de ir al baño.
- Después de jugar.
- Antes de comer.

El tiempo de lavado recomendado es de 20 segundos aproximadamente.



1

Nos mojamos las manos.



2

Nos enjabonamos bien.



3

Nos refregamos las palmas,



4

el dorso,



5

debajo de las uñas...



6

y entre los dedos.



7

Nos enjuagamos bien.



8

Nos secamos con una toalla limpia o dejamos que se sequen solas.

Anexo- L



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



PREVENCIÓN DE CONTAGIO DE PARÁSITOS

PARÁSITOS MÁS COMUNES

¡MICROSCÓPICOS!
 ¡VISIBLES A SIMPLE VISTA!

ASÍ LLEGAN A NOSOTROS

LOS PARÁSITOS SE PREVIENEN...

LAVÁNDOSE LAS MANOS:

- BAÑÁNDOSE
- USANDO ZAPATOS
- NO MORDIÉNDOSE LAS UÑAS, NI CHUPÁNDOSE LOS DEDOS.
- NO CONSUMIENDO ALIMENTOS DE VENTAS CALLEJERAS SIN PROTECCIÓN
- ES PREFERIBLE COMPRAR EN LUGARES CON AMBIENTE HIGIÉNICO
- LAVANDO BIEN FRUTAS Y VERDURAS QUE SE COMEN CRUDAS
- PROTEGIENDO LOS ALIMENTOS
- USANDO LA LETRINA CORRECTAMENTE
- ENTERRANDO LA BASURA
- DESPUÉS DE USAR LA LETRINA O EL INODORO
- ANTES DE COCINAR
- ANTES DE COMER

Elaborado por:
 Lic. Marin de la cruz Blanca Estela

Anexo- M



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



Higiene del agua

Usar siempre agua segura para beber y para la preparación de alimentos, ésta puede ser embotellada, hervida o desinfectada de alguna de las siguientes formas:

1. Hirviendo el agua durante 5 minutos a partir del primer hervor
2. Usando cloro de uso doméstico: Agregar 2 gotas de cloro por cada litro de agua
3. Usando plata coloidal: Agregar 1 gota por cada 2 litros de agua

Para la desinfección con cloro o plata coloidal: utilizar recipientes de plástico o vidrio, conservarlos tapados y dejar reposar el agua durante 30 minutos antes de su uso.

Los recipientes en los que se desinfecta y almacena el agua, deben lavarse con jabón, cepillo y cloro.



Elaborado por:
Lic. Marin de la cruz Blanca Estela

Anexo- N

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



TU SALUD EMPIEZA AL MANEJAR TUS ALIMENTOS CON LIMPIEZA



La comida se puede contaminar durante su preparación si:

1. Tocamos con las manos sucias.
2. Se deja expuesta al polvo, cerca de la basura o en contacto con animales domésticos o moscas.
3. Los trastes y utensilios que usamos al prepararla y servirla están sucios.



Como cuidar los alimentos:

1. COMPARAR

- a. Elegir los puestos más limpios
- b. Escoger productos frescos y bien conservados

2. PREPARAR

- a. Lavar con agua y jabón tus manos, trastes y utensilios de cocina, así como los lugares donde cocinas.
- b. Tratamiento del agua:

o muy sucia, fíltrela por medio de paños limpios.

- i. *Limpiarla por completo:*

Hervir por 3 minutos el agua que usas (el tiempo empieza desde que empiezan a formarse las burbujas).

O se puede usar cloro y se agrega tres gotas por cada litro de agua y se debe dejar dejarse reposar 30 minutos.

- i. **GUARDAR** el agua en contenedores limpios con cubiertas.
- b. Tratamiento de los alimentos:
 - i. Lavar con agua, zacate y jabón las frutas y verduras.
 - ii. Las hojas y todas las que no se puedan tallar. Lavar a chorro y dejar en 2 gotas de cloro por 30 minutos.
 - iii. Enjuagar con agua limpia la carne, aves, pescado y mariscos antes de cocinarlos.
- c. Cocinar:
 - i. Solo la cantidad exacta para evitar desperdicios.
 - ii. Cocinar todos los alimentos perfectamente.
La carne no debe quedar cruda ya que tu familia puede enfermar.
- d. Recalentar
 - i. Hazlo hasta que la comida hierva.

2. **CONSERVAR**

- a. Cuidar las frutas y pan colocar en lugares frescos y ventilados, protegiéndolos de animales e insectos.
- b. Conservar los alimentos en el refrigerador o en hieleras.
 - i. Mantenerse en recipientes por separado y tapados.
- c. **No revuelvas alimentos cosidos con los crudos.**

Eliminación de los alimentos:

1. Debe ser en un recipiente que se encuentre cerrado, para evitar a formación de roedores, moscas o cucarachas.
2. Separa la basura.
3. Deséchala diaria o cada 3 día en los camiones recolectores.



Elaborado por:
Lic. Marin de la Cruz Blanca Estela



Anexo-Ñ PLAN DE ALTA

ACCIONES DE SALUD EN LA MUJER DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD

Ficha de Identificación

Nombre del Usuario:	
Edad:	Sexo :
Fecha de Ingreso:	Fecha de Egreso:
Diagnóstico de Egreso:	
Nombre del Responsable:	
Parentesco:	Teléfono:

Datos de Alarma	¿Qué hacer en caso de presentarlos?

Uso seguro de Medicamentos					
Nombre	Dosis	Vía	Horario	Reacciones adversas	Recomendaciones

Promoción para la Salud	
Revisar y comentar la Cartilla Nacional de Salud	
Salud Bucal (técnica de cepillado y consulta a dentista)	
Actividad y ejercicio físico (30 min al día)	
Higiene en el hogar	
Accidentes	
Adicciones y violencia familiar	

Nutrición	
Peso: _____ Talla: _____ Cintura: _____ IMC: _____	
	Alimentación
	Suplemento(s):
	Agua

Prevención y Control de las Enfermedades	
Vacunación	Recomendaciones
<p>Sarampión y Rubéola</p> <ul style="list-style-type: none"> No embarazadas de 20 a 39 años, adicional. 	
<p>Td (Toxoide tetánico y diftérico)</p> <ul style="list-style-type: none"> Primera a partir de los 20 años sin antecedente vacunal Segunda de 4 a 8 semanas después de la primera Refuerzos cada 5 a 10 años 	
<p>Embarazadas</p> <ul style="list-style-type: none"> Una dosis en cada embarazo 	
<p>Antiinfluenza</p> <ul style="list-style-type: none"> Una dosis cada año entre los 50 a 59 años 	
<p>Antineumocócica</p> <ul style="list-style-type: none"> Una dosis cada 5 años entre los 50 a 59 años 	

<u>Detección de Enfermedades</u>	
Nombre del Estudio	Recomendaciones
Cáncer de mama <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación en la autoexploración (cada mes) - Exploración clínica, a partir de los 25 años (cada año) - Mamografía a partir de los 50 años (cada 2 años) 	
Cáncer cérvico uterino <ul style="list-style-type: none"> - Papanicolaou, a partir de 25 años (cada 3 años, después de 2 años consecutivos con resultado normal) 	
Diabetes Mellitus <ul style="list-style-type: none"> - De 30 a 45 años sin sobrepeso o hipertensión (cada 3 años) - De 30 a 45 con sobrepeso, obesidad o hipertensión (cada año) - En mayores de 45 años (cada año) 	
Hipertensión arterial <ul style="list-style-type: none"> - A partir de los 30 años (cada año) 	
VIH/ SIDA e infecciones de transmisión sexual, <ul style="list-style-type: none"> - Detección y control de sífilis - Detección y control de VIH/ SIDA - Dotación de condones 	
Tuberculosis pulmonar <ul style="list-style-type: none"> - Detección y control - Tratamiento estrictamente supervisado 	



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



Salud Reproductiva	
Información/ITS/ Métodos	Recomendaciones
Información para embarazos no deseados	
Promover métodos anticonceptivos	
Vigilancia prenatal y puerperal	
Identificación de signos de alarma de complicaciones en el embarazo y el puerperio.	
Atención del climaterio y menopausia (45 a 59 años)	

Nombre del Familiar responsable: _____

Nombre de Estudiante Posgrado

Firma de Tutora Clínica

Cuidados Específicos en el Hogar:
