



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

**ESTUDIO DE CASO DE LA FAMILIA S-F
Y SUS DETERMINANTES DE SALUD,
CON INTERVENCIONES SUSTENTADAS EN LA TEORÍA
DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA ELIZABETH OREM**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

P R E S E N T A

SILVIA GONZÁLEZ VILLANUEVA

CON LA ASESORÍA DE:

E.E.S.P. ANGÉLICA MORENO VELÁZQUEZ



CDMX.

NOVIEMBRE, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTUDIO DE CASO DE LA FAMILIA S-F Y SUS DETERMINANTES DE
SALUD, CON INTERVENCIONES SUSTENTADAS EN LA TEORÍA DEL
AUTOCUIDADO DE DOROTEA ELIZABETH OREM**

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

P R E S E N T A
SILVIA GONZÁLEZ VILLANUEVA

CON LA ASESORÍA DE:
E.E.S.P. ANGÉLICA MORENO VELÁZQUEZ

CDMX.

NOVIEMBRE, 2017

Reconocimientos

Al Instituto Nacional de Perinatología que me brindó confianza y el apoyo para realizar la especialidad.

A la noble UNAM por acogerme para seguir preparándome.

A mi familia: Jhovany, Zazhil, Abril y Nicté.

Índice

Reconocimientos	ii
I. Introducción	1
II. Objetivos	4
General	4
Específicos	4
III. Fundamentación	5
3.1 Antecedentes históricos	6
3.2 Etapas en la historia de la familia	7
3.3 Concepto de familia	7
3.4 Tipos de organización familiar	11
3.5 Funciones de la familia	13
3.6. Clasificación de las familias	13
3.6.1 Con base en la presencia física y convivencia	14
3.6.2 Por sus medios de subsistencia	14
3. 6.3 Por su nivel económico	14
3. 6.4 Por su parentesco	16
3.7 Etapas del ciclo vital familiar	17
IV. Marco conceptual	18
4.1 Conceptualización de Enfermería	18
4.2 Paradigmas de Enfermería	19
4.3 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem	21
4.3.1. Teoría de Autocuidado	22
4.3.1.1 Requisitos de autocuidado	22
4.3.1.2 Requisitos universales de autocuidado universal	23
4.3.1.5. Factores básicos de condicionantes	24
4.3.2 Teoría del Déficit de Autocuidado	25
4.3.3. Teoría del Sistema de Enfermería	27
4.4 Otras teorías para el abordaje de las familias	28
4.4.1. Modelo familiar sistémico	28
4.4.2. Teoría ecológica de Bronfenbrenner	29
4.5. Proceso de Atención de Enfermería	30
	iii

4.5.1 Etapas de Proceso Atención Enfermería	31
4.5.1.1 Valoración	31
4.5.1.2 Diagnóstico de Enfermería	32
4.5.1.3 Planeación	33
4.5.1.4 Ejecución	34
4.5.1.5 Evaluación	34
V. Metodología	35
5.1 Estrategias de investigación del caso	35
5.2 Selección del Caso	35
5.2.1 Fuentes de información	36
5.3 Consideraciones Éticas	37
VI. Presentación del caso	38
6.1 Descripción del caso	38
6.2 Antecedentes generales de la familia S-F	38
6.2.1. Historia familiar	38
6.2.2 Características sociodemográficas de la familia	38
6.2.3 Clasificación familia	39
6.2.4 Funcionamiento familiar	39
6.2.5 características económicas	40
6.2.6 Características de educación e ingresos económicos	41
6.2.7 Funciones de la familia	41
6.2.8 Valoración de subsistemas	42
6.2.9. Teoría ecológica de Bronfenbrenner aplicada a la familia S-F	44
6.3 Análisis de macroentorno	45
6.3.1 Seguridad	45
6.3.2. Servicios	46
6.3.3 Participación social	49
6.3.4 Costumbres y tradiciones	49
6.3.5 Presentación Gráfica Genomapa de la familia S-F.	50
6.3.6 Ecomapa de la familia S-F	52
VII. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	53
7.1 Valoración focalizada	53

7.1.1 Factores condicionantes básicos	53
7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete	54
7.1.3 Jerarquización de problemas	55
7.4 Planeación de los cuidados a la familia S-F	57
7.5 Ejecución	57
7.6. Evaluación	57
Plan de Educativo dirigido a la familia S-F	68
VIII. Plan de alta	70
IX. Conclusiones	72
X. Sugerencias	75
Bibliografía	76
ANEXOS	
A. Cédula de Valoración para Caso de Familia, sustentado en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem	85
B. Consentimiento informado	95
D. Cronograma de visitas para el estudio de familia	96
C. Plan de visita domiciliaria	97
F. Apgar familiar	99
G. Apgar familiar modificado	101
H. Evaluación del subsistema conyugal	101
I. Identificación y jerarquización de factores de riesgo	104
J. Escala de Graffar-Méndez Castellanos.	107
K. Folleto de infografías del plan de alta	108

I. Introducción

Con el presente estudio de caso de familia se pretende analizar la importancia que tiene los determinantes de salud y cómo influyen en el proceso de salud y enfermedad del individuo en el entorno familiar a través de la teoría del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem y con un enfoque sistémico.

Partiendo de que la familia es una institución básica en la sociedad, ésta opera como un enlace entre el medio social y el individuo, ya que es una de las fuentes más intensas de aprendizaje social, pues actúa como regulador de las fuerzas provenientes del ambiente exterior y del propio medio interno individual. Sus funciones son la reproductiva, económica, afectiva, educativa y se transmiten la experiencia histórico social, valores culturales, enseñanza, normas, convenciones, actitudes y sentimientos que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje. Es un grupo natural que se halla insertado en una forma de organización social. Engels en su libro "la familia, la propiedad privada y el estado señaló que "... es la célula fundamental de la sociedad".¹

Como grupo mediador entre la sociedad y el individuo, en la familia se reflejan los factores infraestructurales que inciden sobre la reproducción de la población, para dar lugar a ciertos comportamientos demográficos particulares. Es 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.

El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. Es una fuente de aprendizaje de los comportamientos favorables o perjudiciales a la salud, desde edades tempranas: hábitos higiénicos, estilos de vida, identificación de problemas de salud, recursos de curación, modos de afrontamiento de problemas y conceptos o ideas perjudiciales a la salud.²

¹ Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Editorial Progreso Moscú 4ta ed. 1970. Transcripción/HTML para Marxists.org Juan Fajardo (2000, 2012). [internet]. Consultado [13.12-17] disponible en: https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf

² Cami A. Introducción al trabajo familiar en caso de vulnerabilidad. Cuaderno de formación. Córdoba Argentina. [internet]. 2009. Consultado [18-05-17]. Disponible en: <http://www.psociallesalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf>

Se puede decir que los problemas actuales de la sociedad y su descomposición se deben a una familia descompuesta, con valores perdidos o ausentes, traducido en el aspecto salud, es lo mismo una sociedad con enfermedades crónicas que se están presentando a edades muy tempranas nos habla que desde este grupo, no se están fomentando el estilo de vida saludable, y al contrario es ahí donde se incentiva consciente o inconscientemente los hábitos dañinos. Pero es desde la aquí, que se pueden modificar estas conductas sociales y de salud, por ello es prioritario poner atención a la base de la sociedad.

Según la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto de “determinantes sociales de la salud” engloba las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. La desigual distribución de los determinantes sociales de la salud en la población, generan desigualdades injustas en salud y evitables entre las personas, y entre regiones o países estas desigualdades pueden ser explicadas por factores sociales, como por ejemplo los de tipo económico o político.³

Se realiza un estudio de caso de familia enmarcado en la práctica especializada, posterior aun estudio de comunidad, en la AGEB 058 de la jurisdicción sanitaria Iztacalco.

El estudio de caso se sustenta en la Teoría de autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, con aplicación del Proceso Atención Enfermería.

Con el propósito de vincular el contenido y estructura del estudio, con los objetivos planteados, se consideraron nueve capítulos, los cuales se enuncian a continuación:

En el primer apartado se encuentra la Introducción, justificación, Objetivos (General y específicos), posteriormente la fundamentación, en donde se abordan los antecedentes históricos, etapas, concepto, tipos de organización, funciones y clasificación familiar, así como las etapas del ciclo vital familiar.

En el marco conceptual del capítulo IV, se aborda la definiciones, conceptos y paradigmas de Enfermería dando énfasis a la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, describiendo subteoría de autocuidado, del déficit de autocuidado y de sistema de Enfermería. En este apartado se elaboran diagnósticos de enfermería reales potenciales y de riesgo

³ WHO. Determinantes sociales de la salud.pdf. [internet]. 2017. Consultado [9-10-17]. disponible en: http://www.who.int/topics/social_determinants/es/

Y para tener un panorama más completo se toman conocimientos e ideas de otras teorías para el abordaje de las familias como el modelo familiar sistémico y la teoría ecológica de Bronfenbrenner.

Dentro de este capítulo también describe el proceso de Atención de Enfermería, y las etapas: Valoración, diagnóstico de Enfermería, planeación, ejecución y evaluación.

Las estrategias de investigación y selección del caso, se encuentran en el capítulo V, al igual que las fuentes de información y las consideraciones éticas en el abordaje de la familia.

En el capítulo VI, se presenta y describe el caso con antecedentes generales de la familia S-F, la historia familiar, características sociodemográficas, clasificación, funcionamiento, características económicas, de educación, valoración de subsistemas y la teoría ecológica de Bronfenbrenner aplicada a la familia S-F de manera esquemática.

La aplicación del proceso de enfermería, está descrito en el capítulo VII, con una valoración focalizada, descripción de los factores condicionantes básico y análisis de estudios de laboratorio y gabinete, para jerarquizar problemas, planear y ejecutar cuidados y un plan educativo

El plan de alta, se encuentra en el capítulo VIII, y las conclusiones en el capítulo IX.

Finalmente, en los anexos se incluyen los siguientes: La cédula de valoración para caso de familia sustentado en la teoría de autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, el consentimiento informado el plan y cronograma de visita domiciliaria, así como el plan de alta, se echó mano de cédulas ya validadas como el apgar familiar y apgar familiar modificado, evaluación del subsistema conyugal, identificación y jerarquización de factores de riesgo y la escala de Graffar-Méndez Castellanos.

II. Objetivos

General

- Realizar Intervenciones de Enfermería Especializadas en Salud Pública mediante la elaboración de un estudio de caso sustentado en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem bajo aplicación del Proceso Atención Enfermería en la familia S-F y sus determinantes de la salud.

Específicos

- Identificar las determinantes de salud de la familia S-F mediante la Cédula de Valoración para Caso De Familia, sustentado en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem
- Elaborar diagnósticos de enfermería reales y riesgo con base a los determinantes detectados.
- Diseñar un plan de intervenciones especializadas en salud pública.
- Ejecutar intervenciones a los miembros de la familia, potenciando el autocuidado.
- Identificar el papel que ejerce el grupo familiar en la determinación de su salud con la teoría autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem.
- Identificar la relación entre la estructura y funcionalidad familiar con el proceso salud-enfermedad.
- Desarrollar las habilidades y destrezas del caso índice para mejorar la calidad de vida de la familia S-F.
- Definir acciones específicas de diagnóstico, prevención, así como tratamiento, haciendo uso óptimo de los recursos a su alcance y gestionando la promoción, formación y extensión de redes de apoyo intra o extra familiares con otros profesionales de la salud.
- Establecer un plan de alta de enfermería en la Familia S-F.

III. Fundamentación

La enfermera es un actor importante en el desarrollo de las acciones de cuidado colectivo en la salud de la familia, ya que propone, organiza, desarrolla y evalúa esas acciones. Pero aún opera predominantemente guiada por los conocimientos tradicionales de la clínica, de la epidemiología y de la educación.⁴

La influencia del grupo familiar ante una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros ha sido estudiada y demuestra que puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, estos problemas no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la función que cubra la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar.⁵

También se proyectan, otras formas de hacer y cuidar que se ocupa de la autonomía de los usuarios y demás trabajadores. En esos quehaceres y conocimientos se impone el dejar de controlar, dejar la propiedad de las acciones como finalidad del cuidado, ya existen grupos creativos, que solo requieren de ser encausados por el grupo de profesionales de la salud, en este caso el profesional de enfermería, que debe estrategias de salud para la familia en donde se pretenda introducir cambios en el modelo asistencial.

La experiencia en Bogotá, con los programas de atención primaria integral en salud (APIS), en el marco de un sistema de atención de salud orientado por reglas de mercado regulado, marca estrategias para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y reducción de las disparidades de salud de las comunidades marginadas y excluidas de la ciudad a través de la intervención a la familia. Los resultados iniciales son favorables a las APIS porque indican mejoramiento del acceso a los servicios sociales y de salud, potenciación de la integralidad de la atención, fortalecimiento de las

⁴ Fortuna CM, Matumoto S, Bistafa Pereira MJ, Martins Ms, Suemi KL, Camargo BC. El enfermero y las prácticas de cuidados colectivos en la estrategia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(3): [08 pantallas]. mayo-jun. 2011: [internet]. 2011. Consultado [3- 09-17]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_18.pdf

⁵ Reyes Luna G, Garrido Garduño, A. et al Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010. [Internet]. 2010. Consultado [2-10-17]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Adriana-Guadalupe-Reyes-Luna.pdf>

actividades de prevención y promoción de la salud, y estímulo a la acción intersectorial por la salud y a la participación comunitaria.⁶

Para poder proporcionar cuidados a la familia como grupo integrador de la sociedad se hace necesario el conocimiento de antecedentes del concepto de familia, sus antecedentes su historia y evolución, así como su papel dentro de la sociedad, entonces habremos de revisar estos aspectos.

3.1 Antecedentes históricos

Uno de los principales estudiosos de la familia es Lewis Henry Morgan, quien estudio a los Iroqueses que habitaban lo que hoy es el Estado de Nueva York, vivió con los de los Senekas encontró vigente entre ellos un sistema de parentesco en contradicción con sus verdaderos vínculos de familia. En esta sociedad existía un matrimonio, fácilmente disoluble por ambas partes, Morgan la llamo "familia sindiásmica". La descendencia de una pareja conyugal de esta especie era patente y reconocida por todo el mundo; ninguna duda podía quedar acerca de a quién debían aplicarse los apelativos de padre, madre, hijo, hija, hermano, hermana. Morgan llega, de acuerdo con la mayor parte de sus colegas, entre ellos Bachofen a la conclusión de que existió un estadio primitivo en el cual imperaba en el seno de la tribu el comercio sexual promiscuo, de modo que cada mujer pertenecía igualmente a todos los hombres y cada hombre a todas las mujeres.⁷

"La familia, dice Morgan, es el elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto. Los sistemas de parentesco, por el contrario, son pasivos; sólo después de largos intervalos registran los progresos hechos por la familia y no sufren una modificación radical sino cuando se ha modificado radicalmente la familia".⁸

Para el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss, la familia encuentra su origen en el matrimonio y consta de esposo, esposa e hijos nacidos de su unión. Sus miembros, que se mantienen unidos por

⁶ Vega Romero R, Carrillo Franco J, APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'salud a su hogar' en Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [internet]. 2006. Consultado: [30 de septiembre de 2017]. 2006538-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54501104>

⁷ Lewis H. Morgan. La Sociedad primitiva. Prólogo de Carmelo Lisón Tolosana, segunda edición, Ed. Ayuso, Madrid, 1971. Consultado [13-12-2016]. Disponible en [<https://id.scribd.com/.../Morgan-La-Sociedad-Primitiva-3a-y-4a-Parte>]

⁸ Lewis H. Morgan. Op.cit.

lazos legales, económicos y religiosos, respetan una red de prohibiciones y privilegios sexuales y se encuentran vinculados por sentimientos psicológicos como el amor, el afecto y el respeto.

3.2 Etapas en la historia de la familia

- Etapa de la comunidad primitiva: Aparece cuando el hombre como tal surge en el planeta y se va a desarrollar según diversas formas de organización social.
- Etapa de la horda: Fue una forma simple de organización social, se caracterizaba por ser un grupo reducido, no había distinción de paternidad y eran nómadas.
- Etapa del clan: Obedecían a un jefe y estaban conformados por un grupo o una comunidad de personas que tenían una audiencia común. En este tipo de familia tenían gran importancia los lazos familiares.

Luego de estas etapas en la historia de la familia surgieron nuevas etapas de organización familiar que ya tienen una documentación histórica más precisa y cronológica

3.3 Concepto de familia

El término familia procede del latín familia, "grupo de siervos y esclavos, patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del padre de familia, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens.⁹

En su sentido más restringido se refiere al núcleo familiar elemental. En su sentido más amplio, el término designa al grupo de individuos vinculados entre sí por lazos consanguíneos, consensuales o jurídicos, que constituyen complejas redes de parentesco actualizadas de manera episódica mediante el intercambio, la cooperación y la solidaridad.

De acuerdo a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (ONU, 2012), la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado; es el grupo social básico en el que la mayoría de la población se organiza para satisfacer

⁹ Etimología de la palabra familia. [internet]. Consultado [12-12-16]. Disponible en: <https://dianamarcelabetancur.wordpress.com/2012/11/01/reflexion-de-la-familia/>

sus necesidades y en el cual los individuos construyen una identidad mediante la transmisión y actualización de los patrones de socialización.¹⁰

La OMS define familia como "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".¹¹

Con frecuencia los términos hogar y familia se confunden o emplean indistintamente. Sin embargo, conviene precisar las diferencias importantes entre ellos, ya que ambos términos constituyen puntos de partida y maneras diferentes de aproximarse al objeto de estudio. El concepto hogar alude al conjunto de individuos que comparte una misma unidad residencial y articula una economía común. En otras palabras, forman parte del hogar las personas que comparten "un mismo techo y un mismo fuego". El criterio básico, aunque no necesariamente el único, para el reclutamiento de sus integrantes es el parentesco.¹² De hecho, en diferentes sociedades y diferentes subgrupos dentro de ellas prevalece la práctica de que los hogares estén formados en torno a un núcleo familiar. El hogar es el cuadro de referencia cotidiano de los individuos, el ámbito en que se reúnen y distribuyen los recursos para el consumo y la producción doméstica y en cuyo derredor se organiza la residencia. En el primer caso se introduce el criterio de cohabitación entre personas ligados por lazos de parentesco. En el segundo, la coresidencia no tiene significado, y sí lo tienen los vínculos e interacciones que mantienen los grupos familiares emparentados entre sí, aun cuando no compartan la misma vivienda. La dificultad estriba en determinar qué tipo de vínculos e interacciones hay que considerar y cómo medirlos.

La evidencia disponible, que proviene sobre todo de los estudios antropológicos, ha puesto de relieve que las redes de parentesco expandidas en el espacio y sumadas a otras redes de

¹⁰ Vargas Ingrid. Familia y ciclo vital. [internet]. Consultado [18-12-2016]. Disponible en: <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>

¹¹ Concepto definición de familia. [internet]. Consultado [12-12-16]. Disponible en: <http://cbitis149ctsv3lc2.blogspot.mx/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>

¹² David Robichaux compilador. Familia y diversidad en América Latina: Estudios de caso. 2007. [internet]. Consultado [9-12-16]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/278444120/Familia-y-diversidad-en-America-Latina-estudios-de-caso>

pertenencia sociocultural o territorial (vecinales y de amistad, de barrio y de paisanaje) constituyen recursos fundamentales para satisfacer necesidades básicas tanto de las unidades domésticas.¹³

El núcleo elemental comprende cualquiera de los siguientes conjuntos: I) la pareja sin hijos; II) la pareja con uno o más hijos solteros, y III) el padre o la madre con uno o más hijos solteros. Según el artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos familia “es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.¹⁴ La familia de interacción es un concepto más comprensivo que incluye a los parientes que viven en diferentes hogares, pero que se encuentran ligados por interacciones u obligaciones recíprocas como de los núcleos familiares. continuidad y cambio.

El tamaño promedio del hogar, indicador clásico en los estudios empíricos de la demografía de la familia, se ha utilizado tradicionalmente como una aproximación preliminar para evaluar la complejidad de los arreglos familiares. Cabe aclarar, sin embargo, que la complejidad de la estructura familiar se define por el número de posiciones en la relación de parentesco que contiene el grupo doméstico y no por el número de sus miembros. Si bien en ciertos ámbitos histórico-sociales el tamaño y el grado de complejidad de la estructura familiar pueden estar correlacionados, en otros puede no estarlo.¹⁵

Un estudio en 2014 muestra que los hogares encabezados por mujeres han registrado en las últimas dos décadas un crecimiento acelerado en diversos países de la región, lo cual ha sido motivo de preocupación, ya que muchos de ellos se ubican en el umbral de la pobreza o por debajo de éste.¹⁶ En México, una proporción significativa de las unidades domésticas es jefaturada por mujeres el último cuarto de siglo, al pasar de poco menos de uno de cada ocho hogares en 1976 a más de uno de cada cinco en 2000.

¹³ Arieu Ricardo. Estructura y papel de la familia en la sociedad actual. Ensayo. [internet]. 2015. consultado [22-04-17]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/pauloarieu/la-estructura-y-el-papel-de-la-familia-en-la-sociedad>

¹⁴ ONU. Declaración universal de los derechos humanos. [internet]. Consultado [21-12-17]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml.

¹⁵ Tuiran Rodolfo. Vivir en familia: Hogares y estructura familiar en México, 1976-1987. Consultado. [Internet]. [7-01-2017]. Disponible en [<http://docplayer.es/12735349-Vivir-en-familia-hogares-y-estructura-familiar-en-mexico-1976-1987.html>]

¹⁶ Jiménez Pelcastre. Estudio sociocultural de mujeres que encabezan hogares. [internet]. 2014. Consultado [16-12-17]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/308255578/>

Sin embargo, que las encuestas y los censos no muestran para el total nacional- un crecimiento significativo de este fenómeno en los años recientes.

Los hogares familiares encuentran su fundamento en las relaciones de parentesco que existen entre sus miembros; hay casos donde el jefe convive sólo con sus hijos (hogar monoparental) o bien convive con sus hijos y su cónyuge (biparental); en conjunto, a estos hogares se les denomina nucleares y representan el 70.9% del total.¹⁷

A pesar de la dificultad económica de iniciar o mantener constituida una familia, se observa un aumento paulatino en el número de hogares con estructura extensa (hogares ampliados y compuestos); de acuerdo con datos de la muestra censal de INEGI 2012. También informa que los cambios demográficos, económicos, sociales y culturales ocurridos en México durante las últimas décadas, han influido en la evolución y composición de las familias, lo que invita a reflexionar sobre su situación actual, es decir, sobre la nueva familia mexicana a la que cualquier campo de estudio se enfrenta. En este censo se evidencia que la mayor parte de los hogares continúan siendo familiares (90.5%) y 97.3% de la población residente del país forma parte de ellos. en 62.7% de los hogares extensos convive la nuera, el yerno o los nietos del jefe del hogar, sin importar la convivencia con otros parientes. Las relaciones familiares mexicanas se han visto afectadas debido, al incremento en el índice de divorcios y la proliferación de familias reconstruidas, de relaciones extramaritales y la cohabitación, así como por el aumento del nivel educativo de las personas y las uniones en los distintos tipos de familias. ¹⁸

Los patrones de relación, que sobresalen son la coalición de intereses entre amor, familia y libertad personal, resaltando la lucha de hombres y mujeres por la compatibilidad entre trabajo y familia, amor y matrimonio, lo que conlleva a la pérdida de las identidades sociales tradicionales donde surgen las contradicciones de los roles de género: quién cuida los hijos, quién lava los platos o asea la casa: lo que antes se hacía sin preguntar, ahora hay que hablarlo, razonarlo, negociar y acordar. ⁴

¹⁷ Montalvo RJ. Espinoza SMR. Pérez AA. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. Rev. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2013 Facultad de Estudios Superiores. Iztacala-UNAM. [internet]. 2013. Consultado [8-12-16] Disponible en: [pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a07.pdf]

¹⁸ INEGI. (2012b). (2012a) Estadística a propósito del día de la familia mexicana. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. URL disponible en [www.inegi.gob.mx]

Hay evidencia a través de investigaciones que han demostrado cómo el hacinamiento de las nuevas familias es motivo de tensiones y agresividad mutua aunado a la desatención de los padres, ocupados en su trabajo y sus preocupaciones económicas, el encierro en los pequeños departamentos y la sobre estimulación electrónica que contribuyen a que muchos niños sin alteraciones neurológicas estén siendo considerados como niños hiperactivos con trastorno por déficit de atención o bien deprimidos.¹⁹

3.4 Tipos de organización familiar

Según Morgan,²⁰ salieron de este estado primitivo de promiscuidad, probablemente en época muy temprana y se clasifican como:

- Familia consanguínea: Es considerada la primera fase de la familia. Se clasifican los grupos conyugales por generaciones.
- Familia Punalúa: Se considera un tipo de organización familiar en el que hay un progreso.
- Familia Sindiásmica: En la historia de la familia aparece este tipo que está entre el salvajismo y la barbarie.
- Familia Monogámica: Surge en la historia de la familia durante la transición entre el estado medio y superior de la barbarie. Es un signo de lo que luego fue la civilización.
- Familia poligámica: En este tipo de organización familiar había una pluralidad de conyugues y tres tipos de poligamia: matrimonio grupal, poliandria, poliginia.
- Matriarcado: Se conformaba con la madre y sus hijos.
- Familia patriarcal: Se trasmite de forma patrilineal el parentesco y así se establece el tipo de familia patriarcal. La autoridad máxima es el padre o el varón ascendiente de más edad.²¹

La definición de familia, hace alusión a personas que por diferentes motivos deciden convivir juntas. No siempre tienen que tener lazos sanguíneos. Hoy en día, los tipos de familia son diversos debido a

¹⁹ Murueta, M. Osorio, M. (comps). Familia y proyecto social en la teoría de la praxis. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. México: AMAPSI. [internet]. 2015 Consultado [10-12-2016]. Disponible en: [<http://murueta.mx/index.php/textos/40-familia-y-proyecto-social-en-la-teoria-de-la-praxis>]

²⁰ García, M., Rivera, S., Reyes, I. y Díaz, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. RIDEP, 22 (2), 91-110. Consultado [16-12-2016]. Disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539907>].

²¹ INNATIA. La evolución de la familia: Historia de la familia. [consultado [3 de enero de 2107]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-evolucion-de-la-familia.html>.

la proliferación de diversas formas de vida, su historia, sus relaciones, sus valores intergeneracionales, sus situaciones presentes y las características de sus miembros; además del contexto social y cultural en el cual vive. Con este contexto tenemos la siguiente clasificación:

- Familia tradicional: Conformada por padres e hijos, pero puede tener sus variantes. Los tipos de relaciones familiares que se dan en la familia tradicional varían de familia tipo, a familia modelo y familia funcional.
- Familia extendida; caracteriza por ser una estructura de parentesco de personas que viven en un mismo lugar, pero que pertenecen a diferentes generaciones. En un mismo hogar pueden convivir bisabuelos, abuelos, padres e hijos, por ejemplo.
- Familia moderna: Está relacionado directamente con el rol de la mujer frente a la sociedad, que se ha venido gestando en los últimos años. La incorporación de la mujer al mundo laboral ha producido una reorganización de la vida familiar y redistribución de las tareas hogareñas.
- Familia homoparental: Conformadas por personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual. Me refiero en particular a la familia homosexual, las cuales hoy en día en muchos países las parejas gay ya se pueden casar legítimamente e incluso pueden adoptar niños.
- Familia patriarcal o matriarcal: Las relaciones jerárquicas son más evidentes o marcadas. Por ejemplo, el hombre o la mujer puede tener una mayor presencia de autoridad o ser "cabeza de familia". De esta manera, son ejemplos de familia de este tipo, la familia matriarcal y la familia patriarcal.
- Familia monoparental: Son las denominadas familias monoparentales, en general conformadas por familia de padres separados.
- Familia disfuncional: Caracterizada por no poder cubrir algunas de las necesidades materiales, educativas, afectivas o psicológicas de sus miembros, en especial de los niños. Esto provoca que en ese seno familiar existan muchas disputas y conflictos.
- Grupo familiar: no tiene relaciones de parentesco sanguíneo, pero que por relaciones afectivas conforman un grupo familiar, viviendo como tal.

3.5 Funciones de la familia

Son las tareas que les corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo. Se reconocen las siguientes funciones:

- Socialización: promoción de las condiciones que favorezcan en los miembros de la familia el desarrollo biopsicosocial de su persona y que propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propios de cada familia.
- Afecto: interacción de sentimientos y emociones en los miembros de la familia que propicia la cohesión del grupo familiar y el desarrollo psicológico personal.
- Cuidado: protección y asistencia incondicionales de manera diligente y respetuosa para afrontar las diversas necesidades (materiales, sociales, financieras y de salud) del grupo familiar.
- Estatus: participación y transmisión de las características sociales que le otorgan a la familia una determinada posición ante la sociedad.
- Reproducción: provisión de nuevos miembros a la sociedad.
- Desarrollo y ejercicio de la sexualidad.

3.6. Clasificación de las familias

Con el propósito de facilitar la clasificación se identificaron cinco ejes fundamentales:

- Parentesco.
 - Presencia física en el hogar o convivencia.
 - Medios de subsistencia.
 - Nivel económico.
 - Nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por cambios sociales
- Clasificación de las familias con base en el parentesco.

El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta. La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

3.6.1 Con base en la presencia física y convivencia

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

3.6.2 Por sus medios de subsistencia

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agrícolas y pecuarias
- Industrial
- Comercial
- Servicios

Las diversas posibilidades de origen de los recursos que permiten la subsistencia de las familias, combinaciones de las cuatro fuentes mencionadas. Se asignará la clasificación correspondiente al origen de los recursos de subsistencia aportada por el jefe de la familia.

3. 6.3 Por su nivel económico

El nivel económico de las familias influye poderosamente sobre diversos elementos vinculados con la salud. Se han identificado enfermedades fuertemente relacionadas con la pobreza y se ha señalado la importancia de evaluar el peso de este fenómeno económico-social sobre la salud individual y familiar. Es difícil clasificar de una sola manera a las familias con una perspectiva económica,

Estudios recientes coinciden en que el ingreso económico familiar no es el único, pero sí uno de los factores más importantes, y por lo tanto no representa en su totalidad las dimensiones que integran la fenómeno riqueza–pobreza en el escenario familiar.

La clasificación de las familias desde el punto de vista económico debe tomar en cuenta los diversos elementos que interactúan en esta perspectiva. Por su importancia y efectos sobre la salud-enfermedad, la pobreza es el indicador que el personal de salud debe evaluar, para lograrlo deberá tomar en cuenta los elementos que integren una visión multifactorial de este fenómeno.

Con base en el estudio realizado por el Comité Técnico para la Medición de la Pobreza creado por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en 2001, y publicado por Cortés y Hernández-Laos, se sugiere utilizar diversos indicadores monetarios y no monetarios para medir la pobreza en el nivel familiar.²²

Pobreza familiar nivel 1.

- Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.
- Recursos suficientes para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 2

- Ingreso per cápita suficiente para cubrir el valor de la canasta básica.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

Pobreza familiar nivel 3

- Ingreso per cápita inferior al valor de la canasta básica.

²² CONEVAL, SEDESOL. Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social 2015. Iztacalco, Distrito Federal. [INTERNET]. 2015. Consultado [1-12-2016]. disponible en: www.gob.mx/sedesol/.../informe-anual-sobre-la-situacion-de-pobreza-y-rezago-social

- Carencia de recursos para cubrir los gastos en: vestido y calzado, vivienda, salud, educación y transporte público, aun dedicando todo su ingreso a estos rubros.
- Carencia de recursos para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar en que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo.

La escala establece que el nivel 3 de pobreza es el más grave de todos y el nivel 1 es el menos grave. Las familias que puedan cubrir los rubros mencionados en los tres niveles no se consideran pobres.

3. 6.4. Por su parentesco

Las características se describen en la tabla siguiente.²³

PARENTESCO	CARACTERÍSTICAS
NUCLEAR	Hombre y mujer sin hijos
NUCLEAR SIMPLE	Padre y madre con 1 a 3 hijos
NUCLEAR NUMEROSA	Padre y madre con 4 hijos o más
RECONSTRUIDA (BINUCLEAR)	Padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior
MONOPARENTAL	Padre o madre con hijos
MONOPARENTAL EXTENDIDA	Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
MONOPARENTAL EXTENDIDA COMPUESTA EXTENSA	Padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco Padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco
EXTENSA COMPUESTA	Padre y madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco
NO PARENTAL	Familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera)
GRUPOS SIMILARES A FAMILIAS (SIN PARENTESCO)	Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares. grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera
NÚCLEO INTEGRADO	Presencia de ambos padres en el hogar
NÚCLEO INTEGRADO EXTENSA ASCENDENTE	No hay presencia física de alguno de los padres en el hogar Hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los
PADRES EXTENSA DESCENDENTE	Padres que viven en la casa de alguno de los hijos

²³ Fuente: Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Rev. Archivos de medicina familiar Vol. 7 Supl. 1 2005 p 11. Disponible en: [www.medigraphic.com/e-/amfs05/-1

3.7 Etapas del ciclo vital familiar

Minuchin menciona que la familia se desarrolla en el transcurso de cuatro etapas. La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres, por lo que con base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en dónde la solución de las tareas de una fase anterior facilita la superación de una fase posterior.²⁴

Ciclo de vida familiar



Fuente: Etapas del ciclo de la vida familiar:

Son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas. El modelo de la OMS que divide en seis etapas evolutivas.²⁵

- I. Formación matrimonio, el nacimiento del primer hijo.
- II. Extensión nacimiento del primer hijo nacimiento del último hijo.
- III. Extensión completa nacimiento del último hijo primer hijo abandona el hogar.
- IV. Contracción primer hijo abandona el hogar último hijo abandona el hogar.
- V. Contracción completa último hijo abandona el hogar muerte del primer cónyuge.
- VI. Disolución muerte del primer cónyuge muerte del cónyuge sobreviviente

²⁴ Minuchin, S y Nichols, M.P. La recuperación de la familia: relatos de esperanza y recuperación. Barcelona: Paidós. 1992

²⁵ Estremero J. Gacia X. Familia y ciclo vital familiar. [Internet] Consultado [4-01-2017]. Disponible en: [\[www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf\]](http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf)

IV. Marco conceptual

4.1 Conceptualización de Enfermería

Se define Teoría como: “Un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos” ²⁶

La teoría brinda autonomía profesional porque orienta las funciones a desarrollar. El estudio de la teoría ayuda al desarrollo de la capacidad analítica, ofrece retos al pensamiento, esclarece los valores y las premisas y determina los propósitos de la práctica, la educación y la investigación en el campo de la práctica profesional. Es importante diferenciar lo que es una teoría y lo que es un modelo. Un modelo es: “una representación esquemática de algún aspecto de la realidad”. Las teorías son modelos teóricos de la realidad, por lo general, de realidades no directamente observables. Los modelos son útiles para el desarrollo de teorías porque ayudan a la selección de conceptos relevantes y necesarios para representar un fenómeno de interés, y la determinación de las relaciones existentes entre los conceptos. ²⁷

Un modelo de cualquier profesión es una forma clara y explícita de concebir el servicio a la sociedad de dicha profesión, construido a partir de hipótesis científicas. Pero una disciplina práctica espera aún más de la teoría. Esta proporciona una guía, controla y da forma a la realidad con el propósito de orientar las acciones hacia una meta deseada.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formación inicial sin embargo no fue lo único sino también contribuyó la gama de experiencias laborales que ella obtuvo en donde cabe destacar la atención domiciliaria, así como la participación en diferentes escuelas en distintas áreas que se conjuntaron en razonamientos deductivos sobre la enfermería que dio paso subsecuente a la Teoría General de Enfermería.

²⁶ Modelos enfermeros. Dorothea Elizabeth Orem. Déficit de autocuidado. [internet]. Consultado [10.12.16]. disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.mx/2013/06/dorothea-elizabeth-orem.html>

²⁷ López A.L. Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. [Internet]. 2006; Vol.2 (No. 2): 90-100. [Citado 20 de noviembre 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200010

4.2 Paradigmas de Enfermería

La disciplina en enfermería es multifacética, la cual engloba conceptos de *persona, entorno, salud y cuidado*. Que son elementos básicos en el actuar del profesional los cuales están fuertemente vinculados como ejes del cambio paradigmático. Los paradigmas en la profesión de enfermería tienen un modo de actuar, lo que conlleva que en la medida que se van logrando conocimientos propios en la práctica e investigación de enfermería, se van encaminando al desarrollo de la base teórica de la profesión. Esto permite la generación de conocimientos tanto emanados de la práctica como de la teoría, vinculando las interrelaciones que se efectúan entre los elementos del paradigma enfermero y los resultados que puedan conducir al descubrimiento e incremento de los saberes propios de la disciplina científica.

Con **Florence Nightingale** en el Siglo XIX, parecía establecerse una nueva concepción de una Enfermería más profesionalizada, sin embargo, no tuvo el impulso para vincularla con la concentración de las ciencias aplicadas. En este sentido la evolución que ha tenido enfermería de pasar de un oficio o trabajo artesanal, para pensar en el inicio de un pensamiento científico en su disciplina, no fue sencillo.

Se sabe que el conocimiento científico es continuo, autónomo, objetivo y universal, la profesión de enfermería pretende constituir y conformar un esquema conceptual que le permita explicar el deber ser del cuidado mediante un carácter metodológico.

Un paradigma, es un conjunto de normas que definen un estilo, un método, una cosmovisión o visión desde una macroestructura que es utilizada por los subsistemas y sistemas humanos. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos y contribución al desarrollo de la ciencia.²⁸

De acuerdo a las corrientes del pensamiento se conocen tres tipos de paradigmas, el paradigma de categorización, en el cual todo fenómeno viene de algo y ha inspirado dos orientaciones la salud

²⁸ Martínez-González L. et al. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011; 19 (2): 105-108 [internet]. Consultado [9-12-17]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf · Archivo PDF

pública y enfermedad; el paradigma de integración, va en relación a la orientación de los cuidados de enfermería hacia la persona; y el paradigma de la transformación, donde cada fenómeno es único e irrepetible.

En el ámbito de Enfermería no existe un paradigma dominante que aclare la práctica y guía de pensamiento, porque la complejidad de las respuestas humanas y el cuidado enfermero dificulta que un sólo modelo pueda dar explicación a alguna de estas. Sin embargo, el paradigma de la transformación se considera ser el más innovador y desarrollado, se piensa que “es la base de una apertura de la ciencia de enfermería hacia el mundo y que ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina enfermera”. Enfermería, no pudo quedar ajena a esa inquietud reformista.²⁹

El paradigma de la transformación cumple cinco funciones:

1. Proporciona una estructura compacta de conceptos centrales y de sus interrelaciones que puede utilizarse para la descripción y el análisis.
2. Reduce la probabilidad de que existan supuestos y conceptos ocultos inadvertidamente, ya que cada nuevo supuesto y concepto ha de deducirse lógicamente de los componentes anteriores e introducirse en ellos de forma explícita.
3. Aumenta la cuantía de las interpretaciones teóricas.
4. Promueve el análisis más de la descripción de detalles completos.
5. Permite codificar el análisis cualitativo de forma que se aproxime a la lógica, aunque no al rigor empírico de dicho análisis.

Se ha insistido en que el viejo paradigma se ha tornado obsoleto y contrario a los verdaderos intereses de la humanidad. Por lo que, un nuevo paradigma va orientado hacia la demanda del conocimiento, especialmente en el área de la salud. De no poderse resolver, éste será finalmente rechazado y reemplazado por otro nuevo que no es compatible con el anterior. Por ello, el paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes, ya que es un proceso recíproco y simultáneo de interacción. Por ello, si enfermería ansía ser una profesión reconocida, debe de continuar trabajando en el ámbito de nuevos conocimientos, en la utilización de

²⁹ Martínez-González Op cit pág. 106

la vía transdisciplinar de la transformación, cambios en la atención al proceso, mejoras en condiciones espaciotemporales, inducir a la búsqueda de la información y de nuevos conocimientos.

4.3 Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem

En 1980 la propuesta teórica de Orem aparece bajo el nombre de Teoría General, una década después fue especificado el nombre por Self-Care Deficit Theory of Nursing (Déficit utocuidado teoría de Enfermería), donde se articulan o interrelacionan tres teorías

1. La teoría del autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Las tres teorías constituyentes, tomadas conjuntamente y en relación, constituyen la TEDA. La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo.

La idea fundamental del modelo se basa en el concepto de autocuidado como requerimiento que todas las personas sienten y satisfacen para vivir saludablemente y para desarrollarse como seres humanos. Cuando estos cuidados no son cubiertos, sobrevienen los problemas de salud. Esta teoría o modelo conocida también como TEDA tiene las siguientes características.

- Descriptiva: porque contiene los elementos para comprender la acción de autocuidado, en que situaciones es necesario, como contribuye a la vida, la salud y el bienestar, cuando existen dificultades para realizarlo y cuando se necesita la ayuda de la enfermería.

-
- Explicativa: pues establece interpretaciones sobre los conceptos que contiene; el autocuidado como acción intencionada, las limitaciones en la agencia de autocuidado y los sistemas de enfermería.
 - Predictiva: el desarrollo de su teoría permite establecer, por ejemplo, las repercusiones que puede tener el déficit de autocuidado y en las limitaciones de la agencia de autocuidado aplicar un sistema de enfermería u otro.

4.3.1. Teoría de Autocuidado

Con esta teoría, Orem explica por qué las personas necesitan llevar a cabo acciones intencionadas y organizadas en relación con la salud para asegurar la promoción y el mantenimiento de la vida, el desarrollo humano y la regulación de las situaciones que suponen un obstáculo para la supervivencia. Es fundamental para comprender las dos siguientes; en ella se encuentran las explicaciones sobre la razón de ser la enfermera como profesión.

- Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo.
- Cuidado dependiente: Es la práctica de actividades que personas responsables y maduras o en proceso de maduración inician o ejecutan en beneficio de personas socialmente dependientes, durante cierto tiempo o de manera continuada, para el mantenimiento de la vida o la contribución a su salud o bienestar.³⁰

4.3.1.1 Requisitos de autocuidado

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expreso sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del

³⁰ Teoría déficit de autocuidado. Blog modelos enfermeros. Teoría déficit de autocuidado. [Internet]. 30 de mayo 2013. [Citado el 22 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://modelosenfermeros2013.blogspot.mx/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidadohtml>

funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado comprende dos elementos:³¹

- a) El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
- b) La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado.

4.3.1.2 Requisitos universales de autocuidado universal

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado dependiente tienen sus orígenes en los que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen 8 requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños.³²

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

³¹. Navarro Peña, Y, Castro Salas, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global [Internet]*. 2010;9(2):1-14. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834755004>

³². Navarro Peña, Op.cit, pág. 4

4.3.1.3 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Aquí se trata de crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo, esto es, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración durante:

- Los estados intrauterinos de la vida y el proceso de nacimiento.
- La etapa de vida neonatal: Nacido a término o prematuramente y nacido con un peso normal o con bajo peso.
- Infancia.
- Las etapas de desarrollo de la infancia, incluyendo la adolescencia y la entrada a la edad adulta.
- Las etapas de desarrollo de la edad adulta.
- El embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

4.3.1.4 Requisitos de Autocuidado de desviación de la salud

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o lesionadas, que tienen formas específicas de patología, incluyendo defectos o incapacidades, y que están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

4.3.1.5. Factores básicos de condicionantes

Son condicionantes internas y externas de la persona que afectan, por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere y, por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a su capacidad para el autocuidado.³³

- a) Descriptivos de la persona: Tiene como finalidad ofrecer información de la persona que va a recibir los cuidados enfermeros: Edad y sexo, La residencia y sus

³³ Teoría déficit de autocuidado. Blog modelos enfermeros. Ibid.

-
- b) características ambientales, factores del sistema familiar, factores socioculturales y factores socioeconómicos.
 - c) Del patrón de vida: Incluyen las medidas de autocuidado habituales que lleva a cabo la persona: cómo ocupa el tiempo, las responsabilidades que asume en relación con las personas que convive y las formas de cuidados impuestos por la situación de enfermedad.
 - d) Del estado y factores del sistema de salud: Incluyen el estado de salud fisiológico y psicológico.
 - e) Del estado de desarrollo: incluyen capacidades de autogobierno observadas durante la enfermedad y descritas por la persona sobre sus condiciones de vida actuales, factores que afectan negativamente identificados por el paciente o enfermera y el potencial de desarrollo que evidencia por el paciente los objetivos fijados y la estima objetiva de su posible desarrollo.

4.3.2 Teoría del Déficit de Autocuidado

Esta teoría es el núcleo central del modelo de cuidados de Orem. Establece que las personas están sujetas a limitaciones derivadas de su salud que las incapacitan para el autocuidado continuo al ser la demanda de autocuidado mayor que la capacidad de la persona para actuar; es decir, cuando la persona no tiene los conocimientos, a capacidad o bien no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

4.3.2.1 Demanda de autocuidado terapéutico

Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. ³⁴

4.3.2.2 Agencia de autocuidado

³⁴ Navarro Peña, *ibid.*, pag.5

Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

4.3.2.3 Agencia de cuidado dependiente

Se describe como las capacidades desarrolladas o en proceso de desarrollo de las personas para conocer y cubrir las demandas de autocuidados terapéuticos de personas socialmente dependientes de ellas o para regular el desarrollo o ejercicio de la agencia de autocuidado de estas personas. Para que la agencia de cuidado dependiente desempeñe su papel de manera adecuada, es necesario que tanto ésta como la persona que recibe la ayuda acepten y asuman sus roles.

4.3.2.4. Déficit de autocuidado

Es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad del autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado proyectada, se identifican como completos o parciales según el tipo de limitaciones que se tengan.

4.3.2.5. Agencia de Enfermería

Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por sí mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

4.3.3. Teoría del Sistema de Enfermería

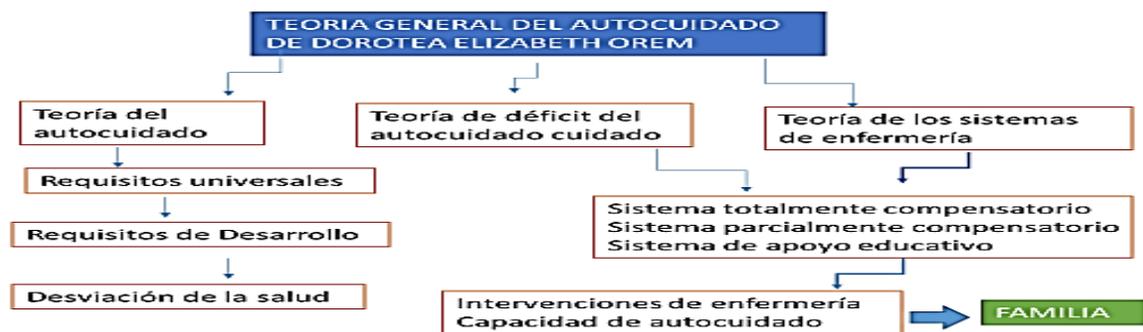
Es la serie y secuencias de acciones prácticas deliberadas que realizan las enfermeras para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de sus pacientes. Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, con personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Estos pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impide comprometerse o desempeñar un autocuidado o el cuidado dependiente y para familias u otros grupos multipersonales. Se identifican tres tipos: Sistemas de enfermería; totalmente compensadores, sistemas parcialmente compensadores y sistemas de apoyo-educación.

Sistemas totalmente compensadores: Se necesitan cuando el enfermo no puede tener ningún papel activo en la realización de sus autocuidados debido a su estado de incapacidad o limitación. En este caso, la enfermera actúa en lugar del paciente, tomando las decisiones más adecuadas para él y ejecutando el autocuidado. Se distinguen 3 subsistemas.³⁵

- a. Personas incapacitadas para realizar cualquier acción intencionadas: su método de ayuda es el de actuar por otro o hacer algo por otro.
- b. Personas consientes y con capacidad para tomar decisiones, pero que no pueden o no deben realizar acciones que requieran movimientos y manipulaciones: su método de ayuda es proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, actuar o hacer algo por otro, apoyar y guiar.
- c. Personas incapacitadas para tomar decisiones, pero que pueden ser capaces de realizar alguna medida de autocuidado.

³⁵ Calle Londoño E. Blog modelos enfermeros. Ibidem

1. **Sistemas parcialmente compensadores:** En este caso, tanto el paciente como la enfermera participan en el autocuidado. El grado de participación de cada uno depende de la situación del paciente: de las limitaciones que tenga para llevar a cabo las acciones que requiere (tanto si las limitaciones son consecuencia de la situación de la persona como si se han prescrito), de los conocimientos y habilidades requeridas y de la disposición psicológica. Los roles del paciente y la enfermera son complementarios. La enfermera sustituye las limitaciones del enfermo y éste acepta la ayuda de la enfermera y se hace cargo de algunas acciones de autocuidados.
2. **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** Llamado también sistema de apoyo-desarrollo, es adecuado para situaciones en las que el paciente es capaz de realizar, o debería aprender a hacer, medidas de autocuidado terapéutico orientadas interna o externamente, pero no puede hacerlas sin ayuda. Este sistema es apropiado cuando el paciente puede llevar a cabo las medidas de cuidados, pero necesita guía, soporte, enseñanzas o un entorno que favorezca su desarrollo.



Fuente: Esquema de la teoría general del autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem. Elaboración propia

4.4 Otras teorías para el abordaje de las familias

4.4.1. Modelo familiar sistémico

Existe varias teorías y modelos con postulados para el estudio y abordaje de las familias, una de ellas es el modelo familiar sistémico, que tiene enfoques holísticos y ecosistémicos que unen

conceptualmente la mente y el cuerpo, y consideran a la persona dentro de sus contextos sociales específicos. Tan específicos como la familia de la que forma parte.³⁶

La evaluación sistémica está basada en cuatro áreas básicas: la organización familiar, y su estructurales, en que etapa de desarrollo se encuentra la familia, es decir, ciclo vital del paciente, su familia y sus experiencias multigeneracionales, un punto clave de este modelo, es que, debemos considerar a la familia, y no solo a la persona enferma, como unidad central de atención.³⁷

4.4.2. Teoría ecológica de Bronfenbrenner

Esta es otra teoría por demás interesante de abordaje a la familia en donde describe los contextos anidados social y cultural que dan forma al desarrollo. Cada integrante de la familia se desarrolla dentro de un microsistema, en un mesosistema que está incluido, a su vez, en un exosistema y todos estos forman parte del macrosistema. consiste en un enfoque ambiental sobre el desarrollo del individuo y la familia a través de los diferentes ambientes en los que se desenvuelve y que influyen en el cambio y en su desarrollo cognitivo, moral y relacional el núcleo familiar, esta muestra el engranaje e interdependencia de los sistemas. De este modo se entiende a la familia como integrante y participante de un todo, los factores de los sistemas influyen en el desarrollo, y problemática familiar y con ello la individual. Con este modelo se ha elaborado un esquema propio de la familia en estudio.³⁸

Teoría de la comunidad participante, de Elizabeth Anderson, es una teoría que se aplica en la enfermería comunitaria, pero no solo de la manera en que la enfermería ayuda a la comunidad, si no que se exhorta a la comunidad de hacerse participe de forma más voluntaria a todos los procesos que se relacionen con la salud. La aplicación de esta teoría, puede ser fundamental para lograr que una comunidad avance en conjunto, para lograr una solución a sus problemas como comunidad.

³⁶ Varela Feal N. Rodríguez Maseda E. Romero Martín M. Castro Pastor A. Fernández Cao MJ. Intervención de enfermería en el sistema familiar: Valoración. Internet. 2003. Consultado [30-09-17]. Disponible en: [culturacuidados.ua.es/...intervencion-de-enfermeria-en-el-sistema-familiar-valoracion/...](http://culturacuidados.ua.es/...intervencion-de-enfermeria-en-el-sistema-familiar-valoracion/)

³⁷ Jhon S. Rolland - Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Gedisa, Barcelona. 2000

³⁸ Teoría ecológica de Bronfenbrenner. [internet]. Consultado: [8-12-16]. Disponible en: <https://almazcruz.wordpress.com/teoria-ecologica-de-bronfenbrenner/>

Una buena aplicación de este modelo, puede lograr que una comunidad se una y avancen todos juntos en busca de una mejor calidad de vida para todos.³⁹

Como enfermeros nuestro trabajo en la comunidad se enfocaría en identificar los problemas que esta tiene, viéndolos desde la perspectiva del modelo, en el cual describe 8 ambientes en los que debemos enfocarnos para identificar estos problemas.

Estos problemas que afectan a la comunidad son los factores estresores, los cuales pueden ser extracomunitarios o intracomunitarios. Teniendo ya identificado los factores estresores que afectan a esta comunidad, se debe realizar un plan de acción con el cuál vamos a trabajar.⁴⁰

4.5. Proceso de Atención de Enfermería

Se conoce como: “Proceso de Atención de Enfermería (PAE)”, “Proceso Enfermero”. El Proceso de Enfermería ha tenido una evolución desde el siglo XX; con el propósito de hallar un método que permitiera mostrar la calidad de las intervenciones de los profesionales en enfermería.

Es así que el proceso de Enfermería como método de investigación es el resultado de la reflexión de distintas teóricas que hicieron posible este instrumento de trabajo mencionando la importancia de comportamiento del paciente, la relación interpersonal de la enfermera–paciente, brindando intervenciones en la salud y la enfermedad.

El proceso de enfermería es dinámico, según las respuestas humanas del paciente, es sistemático porque organiza el trabajo para brindar cuidados, es flexible porque se puede adaptar a una persona, una familia, una comunidad. Tiene fundamentación teórica apoyados con bases sociales, biológicas, humanas, filosóficas, antropológicas, que permite aplicar modelos teóricos de acuerdo a las necesidades de los cuidados requeridos. Con la finalidad de demostrar el cumplimiento de los

³⁹ Facultad de Enfermería. Universidad Andrés Bello. Taller de Bases de enfermería en la salud familiar y comunitaria. Taller N°6 Modelo de Elizabeth Anderson. Internet. 2016. Consultado [30-09-17] Disponible en <https://enfermasaludfamiliarcomunitaria.wordpress.com/2016/10/20/taller-no6-modelo-de-elizabeth-anderson/>

⁴⁰ Metodología de Enfermería. Fases del Proceso Atención Enfermería. [Internet]. [Consultado 23- 11- 2016]. Disponible: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf

objetivos de los cuidados de enfermería y reflejando la realización de acciones pertinentes en ambientes seguros. ⁴¹

4.5.1 Etapas de Proceso Atención Enfermería

Consta de cinco etapas que deben ser aplicados para realizar cuidados de enfermería ligados a las respuestas humanas y a mejorar la calidad de vida de los pacientes, familia y comunidad.

El proceso atención enfermería es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación. ⁴²

4.5.1.2 Valoración

Esta primera fase permite a la enfermera recoger datos sobre la situación de salud de la persona que serán la base de la planificación de las actuaciones de enfermería, dirigidas al logro de unos resultados (objetivos) concretos.

La valoración implica la recolección de información subjetiva y objetiva. Las enfermeras pueden identificar rápidamente grupo de datos clínicos a partir de la valoración y avanzar hasta el diagnóstico enfermero. La valoración consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración clínica. En esta fase se recopilan datos sobre la persona que permiten registrar las respuestas físicas, las ideas, valores y sentimientos a través de las cuales se identifican las necesidades de las personas y se determinan las prioridades del plan de cuidados. Las fases: son: recolección de datos (indirecta o directamente), validación, organización de datos y agrupación de datos.

⁴¹ Vázquez Cortez A. Tesis de investigadores. Proceso de atención de enfermería. [internet].2017. disponible en: <http://tesisdeinvestigadores.blogspot.mx/2011/04/el-proceso-de-atencion-de-enfermeria.html>

⁴² Martínez L. Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2011; 19 (2): 105-108 [consultado 21 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2011/eim112h.pdf>

4.5.1.3 Diagnóstico de Enfermería

Constituye a la segunda etapa del proceso enfermero, cuya definición es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/ proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad. Los Diagnósticos Enfermeros detectados pueden ser: Diagnósticos reales: Describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que existen en un individuo, familia o comunidad. Su identificación se basa en la existencia de características definitorias (manifestaciones del problema) en el momento de la valoración.

- Diagnósticos potenciales/de riesgo: Describe problemas de salud que pueden presentarse en un futuro próximo de no iniciarse medidas de prevención y/o correctoras sobre los factores de riesgo presentes en el momento de la valoración. Algunas veces un diagnóstico de riesgo puede ser el diagnóstico de máxima prioridad para un paciente, posee una etiqueta y una definición clara.

Es necesario conocer los indicadores diagnósticos que incluyen características definitorias y factores relacionados. Las características definitorias son signos y síntomas. Los factores relacionados son etiologías, circunstancias, hechos o influencias que tienen algún tipo de relación con el diagnóstico enfermero. Los factores de riesgo son factores del entorno, fisiológicos, psicológicos, genéticos o elementos químicos que aumentan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad a sufrir un evento no saludable.

Un diagnóstico enfermero no necesariamente debe de contener todo el tipo de indicadores diagnósticos (características definitorias, factores relacionados, y/o factores de riesgo). Los diagnósticos enfermeros focalizados en problema contienen características definitorias y factores relacionados. Los diagnósticos de promoción a la salud generalmente únicamente contienen características definitorias, aunque pueden usarse factor relacionados si ello mejora la comprensión del diagnóstico.

Solamente los diagnósticos de riesgos contienen factores de riesgo. Un formato comúnmente utilizado cuando se aprende diagnósticos enfermeros incluye (diagnostico enfermero) relacionado con (causa o factores relacionados) manifestado por (síntomas y características definitorias).⁴³

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar. El diagnóstico enfermero propuesto por la NANDA describe la respuesta humana con lo que, de un lado, identifica a éstas como los fenómenos de interés y estudio de la enfermería y, por otra parte, fundamenta la investigación de enfermería en la descripción de lo que observa.²⁸

4.5.1.4. Planeación

Una vez que los diagnósticos han sido identificados deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de los cuidados. Los diagnósticos enfermeros se usan para identificar los resultados apropiados de cuidados y planificar las intervenciones específicas de enfermería de manera secuencial. Un resultado de se refiere a una conducta medible o a una percepción demostrada por una persona, familia, grupo o comunidad, en respuesta a una intervención enfermera.

Es la etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

El proceso de elaboración del plan de cuidados incluye las siguientes actividades:

- Fijar prioridades.
- Establecer los criterios de resultado/objetivos.

⁴³ Triviño Z. Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería [Internet]. 2005 junio [consultado 22 de noviembre del 2016]; 11(1): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003&lng=en&tlng=en#

-
- Determinar las intervenciones enfermeras.
 - Registrar el plan de cuidados.

La planificación de los cuidados se incluye el desarrollo de las estrategias diseñadas para reforzar las respuestas saludables de la persona, o bien para impedir, reducir o corregir las respuestas insanas.

Tras los objetivos se formulan las intervenciones de enfermería basadas en principios científicos, coherentes e individualizados. Las intervenciones suelen clasificarse en interdependientes e independientes.

4.5.1.5 Ejecución

Etapa en la que se pone en práctica el proceso enfermero para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación. En esta fase se pone en marcha el plan de cuidados con el fin de cumplir los objetivos.

4.5.1.6 Evaluación

Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

En la evaluación se determina la calidad de los cuidados prestados esto permite apreciar tanto los progresos en el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras. Una valoración precisa, unos diagnósticos apropiados, una planificación realista y una ejecución pertinente parecen ser los criterios que procura asegurar esta última etapa a pesar de ser la última está presente en todas y cada una de las fases, pues la dirección que tome cada una depende de la anterior al ser una metodología organizada de un modo consecutivo.

El proceso de evaluación consiste en valorar la situación actual del paciente y compararla con los objetivos marcados, o lo que es lo mismo, con los resultados esperados.

V. Metodología

5.1 Estrategias de investigación del caso

Como parte de la práctica de la especialidad de enfermería en salud pública se tiene como finalidad la elaboración de un diagnóstico de salud comunitario del área Geoestadística Básica (AGEB) 058-A, del Centro de Salud TIII "Dr. José Zozaya" correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria Iztacalco de la Delegación Iztacalco donde se selecciona posterior a la aplicación Cedula de Elaboración de un Diagnostico de Salud Comunitario a las familias de la localidad, de tal manera que surge el interés por seleccionar a la familia S-F por la disponibilidad, magnitud y trascendencia de los factores determinantes detectados procediendo a solicitar autorización para ser encuestada e intervenir mediante visitas domiciliarias. El estudio de caso es un estudio observacional descriptivo, con técnica de observación participante.

La entrevista cualitativa fue el procedimiento seleccionado para la obtención de los datos, pero dirigida específicamente a situaciones concretas. Se plantea que el objetivo final de las entrevistas es llegar a conceptualizaciones ricas, densas que proporcionen datos para realizar un diagnóstico de salud adecuado, y así planear las intervenciones de enfermería.

5.2 Selección del Caso

La selección del caso fue a conveniencia, se estableció como criterio, la autorización del informante familiar a la persona que accediera a las entrevistas, a las visitas y a ser intervenidos. El caso índice proporcionó toda la información pertinente.

Con la familia sujeta a esta investigación (Familia S-F), fueron realizadas entrevistas estructuradas, y transcritas.

Fueron planeadas 8 visitas domiciliarias en un periodo de 8 meses con duración promedio de 2 a 3 horas. Se dispuso la vivienda del entrevistado para tener condiciones de privacidad y confort para la realización del trabajo y así poder observar algunas situaciones de condiciones de la vivienda.

5.2.1 Fuentes de información

Las fuentes directas de investigación con los miembros de la familia, fue mediante entrevista dirigida al informante principal fue la señora Nashij, a través de la aplicación de una “Cédula de Valoración para caso de familia, sustentado en la teoría de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem” y de la Cédula para la elaboración del Diagnóstico de Salud Comunitario”, previo a consentimiento informado.

Se manejaron fuentes de información indirectas mediante la investigación bibliográfica con revisión de artículos indexados en bases de datos como Pub Med, Scielo, Medi Graphic, Google académico, Med line, Search Medica, Fistera y el Centro Cochrane Iberoamericano cuya unidad de análisis en la investigación fue el grupo familiar, considerándose palabras claves tal y como: "informante caso índice" que define así al sujeto que facilita al investigador la información necesaria para comprender el significado y las actuaciones que se desarrollan en un determinado contexto, “familia”, “estudio de familia”, “Orem”, “autocuidado”.

Así mismo el uso de sitios web en internet como: INEGI, Página Principal de la Delegación Iztacalco, SEDESOL, y el observatorio de delincuencia para los datos demográficos y del entorno de la familia. También se obtienen datos del Diagnóstico de Salud Comunitario de la AGEB 058 y observación del espacio físico del domicilio de la familia.

Es necesario probar otras herramientas, conceptos y teorías que permitan cambiar los comportamientos de una forma estructural, y generar eventos y resultados acordes a un ambiente integrado, holístico, sistémico y con ello obtener una información valiosa que la enfermera debe integrar para llegar a un buen diagnóstico de salud familiar. Utilizando la teoría de comunidad participante de Elizabeth Anderson, la teoría de sistemas que es una herramienta que permite la explicación de los fenómenos que suceden en la realidad y que permite hacer posible la predicción de la conducta futura de esa realidad, a través del análisis de las totalidades en las interacciones internas de estas y las externas con su medio, el instrumento de Apgar familiar, y una propuesta de Apgar familiar modificado, que es un cuestionario auto administrado de tamizaje con cinco preguntas cerradas. Refleja la percepción de la persona sobre el estado funcional de su familia, da una visión rápida y panorámica de los componentes de la función familiar y sirve para distintos tipos

de familia. Existe buena cohesión entre puntajes bajos y presencia de problemas relacionales. Es de fácil aplicación e interpretación y requiere poco tiempo. Es importante recordar que el Apgar no mide la funcionalidad familiar, sino el grado de satisfacción que tiene el encuestado con respecto al funcionamiento familiar

Otro instrumento es la Evaluación del subsistema conyugal que evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores. Otro instrumento es el de Identificación y jerarquización de factores de riesgo, que establece la prioridad de atención de los problemas detectados con base a la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad. También se utilizó la escala de Graffar-Méndez Castellanos que ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias y que da un peso significativo a la educación de la madre de familia.

También se utiliza de manera ilustrativa el modelo ecológico de Bronfenbrenner, para describir sistemas internos y externos, así como la dimensión de riesgo y la de protección con la inclusión de los factores que contribuyen al buen o mal funcionamiento del individuo, o de la familia en el macro que es la sociedad.

5.3 Consideraciones Éticas

En relación a los principios éticos se describió la carta de consentimiento informado para participar, se hizo ver el respeto al derecho de expresión, de opinión, la confidencialidad de la información proporcionada, aspecto que favoreció la fluidez y espontaneidad de la narrativa en la entrevista. Se apoya en la Ley General de Salud, artículo 97 (IV), que se refiere a la pertinencia de tener un consentimiento informado, Código de ética de Enfermería, Ley federal de Protección de datos personales INAI, NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos y NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, en el punto 5.5 y 10 que se refieren a la privacidad de datos y consentimiento informado respectivamente.

VI. Presentación del caso

6.1 Descripción del caso

Al efectuar la Valoración familiar se presentan características de la familia que es funcional por: la capacidad de resolver problemas y/o conflictos y toma decisiones, así como para dar respuesta ante situaciones estresantes, se evidencia la autonomía, autoestima, organización, apoyo social y una respuesta adecuada a cambios o situaciones estresante.

Se trata de una familia con pocos problemas de salud, según los datos obtenidos por las cédulas, pero se selecciona porque podrían ser un modelo de familia que se interesa por el cuidado a su salud, que practican el autocuidado y que están dispuestos a seguir conservando el estado de salud en el que viven y mejorar los problemas que han sido detectados. Aquí resalta la importancia de que el proveedor primario de salud de la familia, que en este caso es la señora Nashij, juega un papel importante en toda la familia, ya que es una persona con estudios formales, pero sobre todo es un promotora de la buena salud de su familia, aun cuando comparte las responsabilidades y obligaciones con su esposo ella es la jefa de familia se podría llamar familia matriarcal, ya que ella que es la cabeza y tiene conceptos y conocimientos bien fundamentados, y los transmite a su familia, haciéndola funcional socialmente y cuidando la salud familiar.

6.2 Antecedentes generales de la familia S-F

6.2.1. Historia familiar

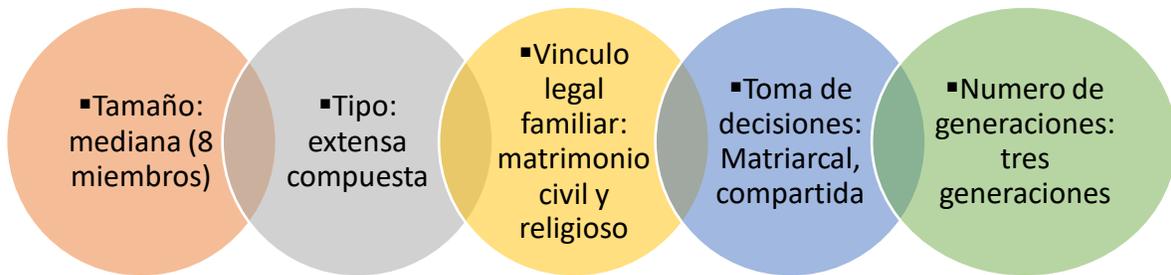
La pareja se conoce en 1987 después de un noviazgo de 2 años se casan en 1989, procreando 3 hijas deseadas, desde siempre han vivido en el mismo domicilio con sus tres hijas, la mayor está casada vive con su esposo y 2 hijos en el mismo hogar. La familia está constituida por 8 integrantes.

6.2.2 Características sociodemográficas de la familia

Martín, el padre es ingeniero en sistemas, tiene 47 años, Nashij es la Madre, de 44 años es licenciada en pedagogía, y terapeuta física, Chantal, la primera hija en orden cronológico está estudiando maestría y es empleada. Está casada con Antonio de 28 años, Nashij la segunda hija, de 21 años, es estudiante de la licenciatura en relaciones internacionales Corima es la tercera hija de 20 años que estudia licenciatura en informática. Deus es el nieto de 4 años está en preescolar y

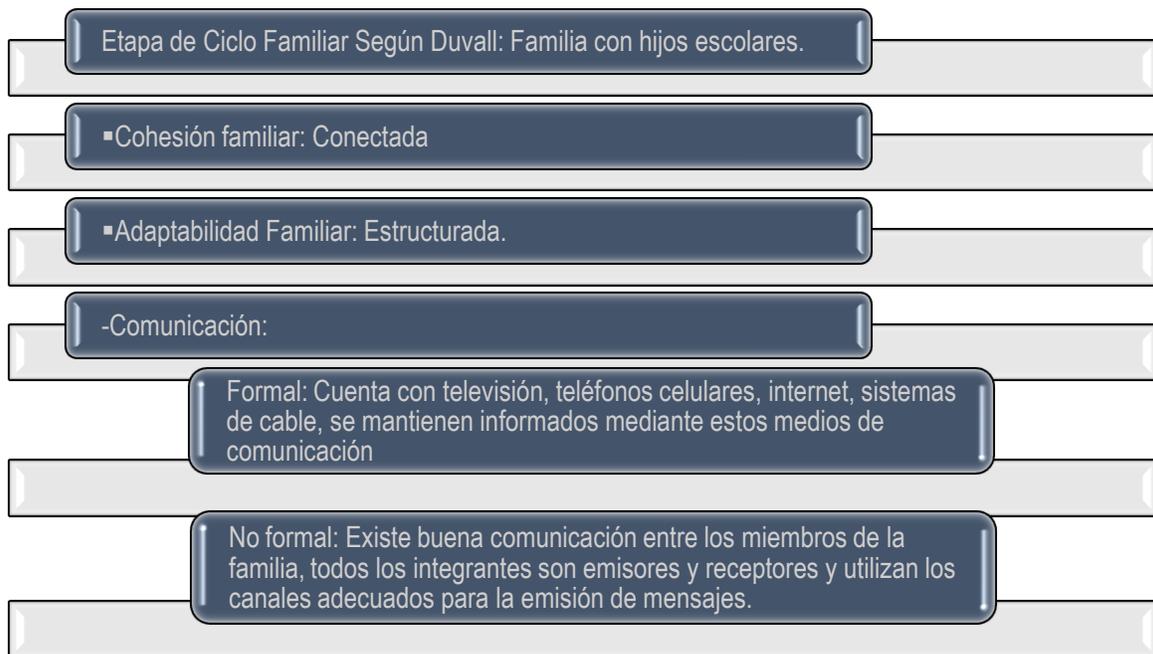
Mateo nieto de 1 año y medio está en la estancia infantil. el abordaje es la identificación de enfermedades y factores de riesgo a fin de realizar intervenciones especializadas de enfermería en salud pública, mediante el modelos teóricos y aplicación del (plan de atención de enfermería (PAE)-

6.2.3 Clasificación familia



6.2.4 Funcionamiento familiar

44



⁴⁴ Montero-Ossandon L. Dois Castellón A. Teoría evolutiva de la familia: Ciclo vital familiar. Montero-Ossandón (Eds.), Manual de atención de familias para profesionales de la salud, Ediciones UC, Santiago, Chile (2012), pp. 69-85

6.2.5 características económicas

La familia S-F es económicamente activa y sustentable, ya que la mayoría de sus miembros excepto los menores trabajan en diferentes actividades económicas, Martín, de 50 años, es el padre de la familia, es ingeniero en sistemas, y trabajo ejerciendo su profesión, con un horario diurno variable de 8:00 am a 4:00 pm, Nashij la Madre, es licenciada en pedagogía y trabaja en negocio propio de terapias alternas (masaje, comida orgánica, entrenamiento mental). Chantal, 26 años, la primera hija en orden cronológico está estudiando maestría y es empleada. Está casada con Antonio de 26 años, quien no tiene un trabajo estable, ambos aportan para los gastos en común de la familia. Nashij de 23 años, la segunda hija, está estudiando actualmente licenciatura en relaciones internacionales y no trabaja por lo tanto no aporta a la economía familiar al igual que Corima es la tercera hija de 20 años que estudia licenciatura en informática. Deus es el nieto de 4 años está en preescolar y Mateo nieto de 1 año y medio a quien llevan a la guardería ambos son hijos de Chantal y Antonio y la escuela de ambos es privada e implica un gasto mensual para esta pareja.

El total de ingreso económico de la familia es superior a 7500 pesos mensuales, aproximadamente de lo cual la mayor parte la invierten en alimentación y educación.

La familia S-F, está en el rango de no pobre y no vulnerable, ya que el ingreso es superior a la línea de bienestar y que no tiene ninguna de las carencias sociales que se utilizan en la medición de la pobreza. Población con una o más carencias sociales.

6.2.6 Características de educación e ingresos económicos

Integrantes	Grado escolar	Ingreso económico	Recreación
Nashij	Licenciatura en pedagogía y cursos y diplomados en terapias alternativas	Más de 2 salarios mínimos al mes	Toda la familia en periodos vacacionales y fines de semana dedican tiempo a la recreación
Martin	Ingeniero en sistemas	Más de 2 salarios mínimos al mes	
Chantal	Estudiante de maestría	Más de 2 salarios mínimos al mes	
Nashij	Estudiante de licenciatura en relaciones internacionales	Sin ingreso económico	
Corima	Estudiante de licenciatura en informática	Sin ingreso económico	
Deus	Cursa preescolar	Sin ingreso económico	
Mateo	Estancia infantil	Sin ingreso económico	
Antonio	Tiene licenciatura trunca	Sin ingreso económico	

6.2.7 Funciones de la familia

- **Función biológica:** la procreación es la función biológica de la familia esta funcione está cubierta, y la primera hija se encuentra en edad reproductiva y con pareja, también han procreado 2 hijos, las otras dos hijas están en edad reproductiva.
- **Función educativa:** Ambos padres tienen estudios de licenciatura, situación que influencia a las hijas quienes se encuentran estudiando, inquietas por el estudio y la superación personal y profesional.
- **Función económica:** es la provisión de todos los elementos para la subsistencia de la familia, en este aspecto 4 integrantes de las familias aportan ingresos económicos, que alcanzan para satisfacer las necesidades.
- **Función psicológica:** Se refiere al apoyo que los integrantes de la familia brindan al resto de los integrantes, y en este aspecto se brindan la ayuda necesaria, los lazos de familia son sólidos.
- **Tipo de religión:** todos los integrantes son creyentes, no practicantes. Pero con espiritualidad firme.

6.2.8 Valoración de subsistemas

Ambiente físico

La familia Sonato- Flores reside pico 1ª manzana 8 lote 10, l andador 3 esquina con canal de Tezontle en la colonia Picos de Iztacalco, delegación Iztacalco en la Ciudad de México, corresponde a la AGEB 058 A, del centro de salud José Zozaya

Características Geológicas

- Superficie del terreno: es plana y ubicada en el área clasificada como lacustre.
- Tipo de material predominante del suelo: Es la arcilla.
- Altura sobre el nivel del mar: 2,235 metros.

Características del clima

- Pendiente del terreno: no mayor al 5%.
- Temperatura Media Anual: 17°C.
- Precipitación acumulada en 1993: 589.90 mm.

Características de la vivienda

- Tipo de casa: Propietaria de vivienda y terreno.
- La casa es de dos plantas: tienen 4 habitaciones que usan como dormitorios, cocina 2, 2 baños, sala, comedor patio, estacionamiento, y en la planta baja existe un espacio que la señora Nashij usa como tienda y consultorio de sus terapias alternativas.
- Equipamiento en casa: 1 refrigerador 1 lavadora, 1 secadora, 2 televisores, y boiler de gas, 2 pantallas planas, 1 teléfono de casa y todos los adultos cuentan con teléfonos celulares.
- Conservación: Adecuadas condiciones de las condiciones de la vivienda.
- Material: concreto con aplanado y pintura en buen estado el techo es de concreto y el piso de loseta.
- Abastecimiento de agua potable: intubada dentro de la casa.
- Iluminación eléctrica en el interior: Cuenta con más de 5.
- Eliminación de excretas: alcantarillado.

-
- Eliminación de basura: La basura se clasifica en orgánica e inorgánica y el camión recolector pasa por la basura orgánica 3 veces por semana y 4 veces por semana por la basura inorgánica.
 - Disposición de basura: Botes con tapa para basura orgánica e inorgánica.
 - Presencia de fauna nociva: Dentro de la casa han existido plagas de cucarachas y hormigas, pero se le ha dado manejo oportuno.
 - Animales domésticos: No hay.
 - Higiene y limpieza: Adecuadas ambas, se observa orden en la casa.
 - Iluminación: iluminada por ventanas amplias en la fachada de la casa.

6.2.9. Teoría ecológica de Bronfenbrenner aplicada a la familia S-F ⁴⁵

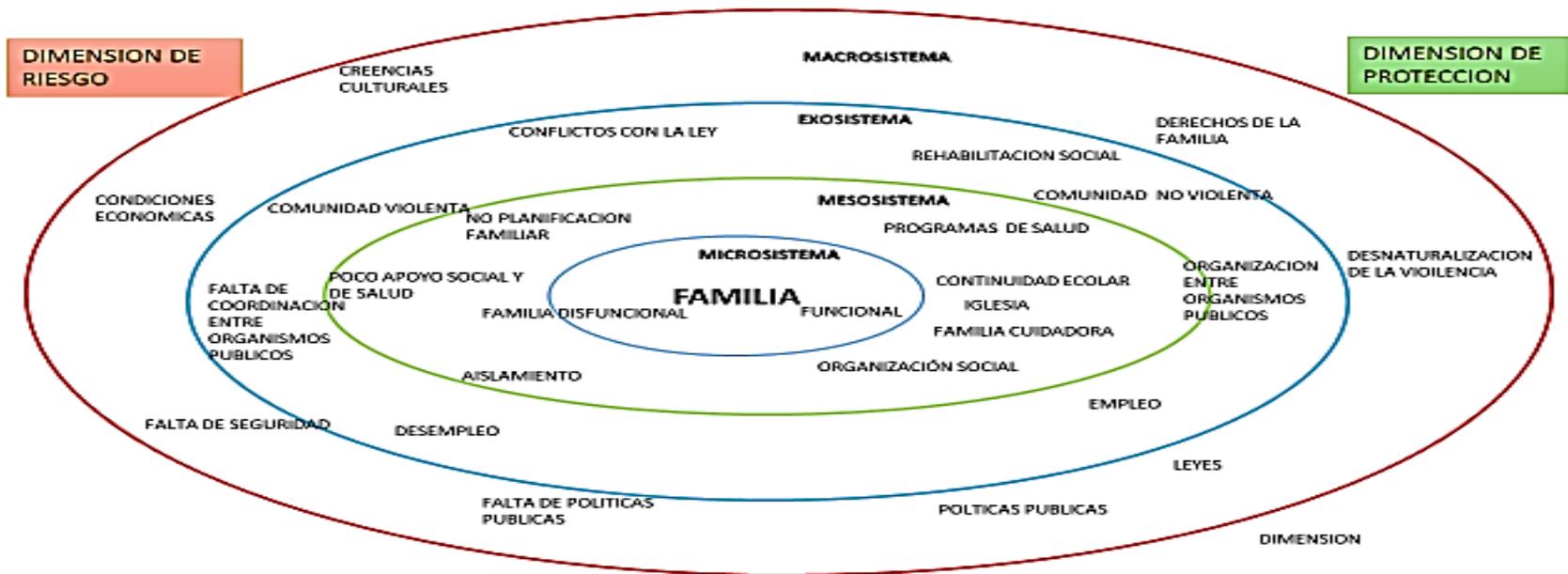


Figura 5. Modelo ecológico de Bronfenbrenner. Elaboración propia

⁴⁵ La teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner. op.cit.

6.3 Análisis de macroentorno

La familia Sonato- Flores, posee espacios de recreación y deporte cercanos y tratan de aprovecharlos, la señora Nashij realiza ejercicio 5 a 6 días a la semana y fomenta el ejercicio en sus familias, tratan de convivir según les permitan sus actividades, y la dinámica familiar en general es buena. Se puede considerar una familia unida y colaboradora.

6.3.1 Seguridad

La zona y vivienda donde vive la familia Sonato- Flores tiene varios elementos de seguridad, las ventanas poseen protección, reja de metal alta, y cámara de vigilancia la colonia es de un alto índice delictivo por lo que hay presencia de patrullaje policial constante y/o rondas nocturnas. El riesgo es evidente, sin embargo la señora Nashij, cree firmemente que el mal se atrae, por lo que ella es muy positiva y trabaja junto con su familia diversas técnicas espirituales para no atraer las cosas perjudiciales.

Los datos que aporta el informe mensual estadístico delictivo de la procuraduría general de justicia del Distrito federal para el mes de octubre del presente año 2016, en cuanto a averiguaciones previas por delitos del fuero común contabilizan 657, con un porcentaje del 16:7 % para delitos graves, con una reducción del 17.2 %. En el periodo de enero a diciembre de 2015 la tasa de delitos de alto impacto por cada 100,000 habitantes del distrito federal, en la delegación Iztacalco es de 388.8, siendo la mayor tasa de 682 en la delegación Cuauhtémoc y la menor en la delegación Cuajimalpa con una tasa de 107.8. Las estadísticas reflejan que Iztacalco no es de las más graves en materia de delincuencia una debido a sus extensiones territoriales y otra seguramente por el subregistro y la falta de denuncias de delitos, en el recorrido que hemos realizado durante el estudio de comunidad y de familia nos hemos percatado que es un lugar muy inseguro, más que los reportados en las estadísticas oficiales.

Las consecuencias o el impacto en materia de salud no se ven reflejadas de manera directa, pero sí indirectamente ya que la incertidumbre de vivir con miedo a ser violentado, a ser robado golpeado al acudir a los servicios médicos o las mismas lesiones provocadas por los delitos. La colonia picos Iztacalco, se presta a que en sus inmediaciones se llevan a cabo robos en transporte ya que los

delincuentes una vez cometidos sus delitos se bajan huyen y se esconden por los andadores ya callejones que abundan en esta colonia. Desafortunadamente no todos los habitantes tienen a la mentalidad ni los recursos de la familia Sonato- Flores

6.3.2. Servicios

Agua Potable

En la actualidad el nivel de cobertura de agua potable en la delegación es del 100%. El abastecimiento se realiza por medio de tanques de almacenamiento “El Peñón”, “Cerro de la Estrella” y en menor cantidad del “Dolores”, la otra fuente de abastecimiento son 13 pozos particulares y 9 operados por la DGCOH que aportan 279 lats/s directamente a la red de distribución.

Problemática en el Suministro.

- a. Zonas con baja presión.
- b. Zonas con falta de agua.
- c. Zonas con servicio intermitente.
 1. Rupturas de tubería de la red secundaria.
 2. Falta de mantenimiento general en las instalaciones hidráulicas y sobre todo en las válvulas de seccionamiento y/o desfogue.

Drenaje y Alcantarillado

La delegación Iztacalco tiene un nivel de cobertura del 100% en infraestructura de drenaje. Las aguas negras que se generan en la delegación son desalojadas a través de dos drenes principales: al norte por el río de La Piedad y al oriente por medio del río Churubusco que forman parte del Sistema General de Drenaje. Estos conductos son alimentados por los colectores principales, los que en su mayoría presentan un sentido de escurrimiento de poniente a oriente y de sur a norte. Los problemas de servicio de drenaje son por inundaciones y encharcamientos en época de lluvias.

Alumbrado Público

La Delegación de Iztacalco cuenta con luminarias en servicio, las cuales cubren e iluminan a todas las colonias, pero existe el problema de luminarias que no funcionan, y no se cambian o no se les da el mantenimiento preventivo y correctivo adecuado. La familia Sonato- Flores cuenta con 1 auto y

una camioneta, además de que se encuentra cerca la línea del metro 9 que va de Constitución de 1917 a Garibaldi, además de varias líneas de transporte colectivo que comunican con la línea 2, y al poniente de la ciudad.

La estructura vial que posee Iztacalco les permite a sus pobladores incluida la familia Sonato- Flores desplazarse al resto de la ciudad con relativa facilidad; las arterias principales son la Calzada Ignacio Zaragoza, el Circuito Interior Av. Río Churubusco, el Viaducto Miguel Alemán, la Avenida Javier Rojo Gómez y la Avenida Ferrocarril de Río Frío. Estas vialidades convierten a la delegación en paso obligado del tránsito vehicular del Distrito Federal hacia los municipios del Oriente del Estado de México, así como de las delegaciones del sur del Distrito Federal al Noreste.⁴⁶

Recursos educativos

La colonia Picos de Iztacalco, cuenta con centros escolares a todos los niveles tanto privadas como públicas algunas de ellas son:

- Escuela primaria ING. Joaquín Gallo Monterrubio Clave 09DPR0943D, Turno Continuo (Jornada Amplia), Pascual Orozco 65, Colonia San Miguel Barrio.
- Escuela primaria Estado De Sinaloa, Clave 09DPR2502V, Turno vespertino, calzada Coyuya, colonia la cruz.
- Escuela primaria Republica Costa de Marfil, Clave 09dpr2895y, Turno Continuo (Tiempo Completo), Oriente 116, Colonia Los Picos De Iztacalco.
- Escuela primaria Profa. Rosa Navarro, Clave 09dpr3169n, Turno Continuo (Tiempo Completo), Francisco I Madero 130, Colonia San Miguel Barrio.
- Escuela secundaria Aquiles Serdán dirección Pascual Orozco Entre Recreo F I M Barrio San Miguel.
- Escuela secundaria Guadalupe Victoria dirección pascual Orozco Recreo Y Francisco I Madero.
- Educación media superior UNAM Plantel 2 Erasmo Castellanos Quinto Rio Churubusco s/n
- UPIICSA Te No 950, 8400 México City Delegación Iztacalco, Ciudad De México (CDMX).

⁴⁶ Delegación Iztacalco - Delegación del Distrito. [Internet]. Disponible: en: <http://www.iztacalco.df.gob.mx/portal/>

Áreas de recreación

La Familia S-F, posee espacios de recreación y deporte cercanos y tratan de aprovecharlos, la señora Nashij realiza ejercicio 5 a 6 días a la semana y fomenta el ejercicio en sus familias, tratan de convivir según les permitan sus actividades, y la dinámica familiar en general es buena. Se puede considerar una familia unida y colaboradora. Cercano a la colonia donde habita la familia en estudio e encuentran diversos recursos recreativos que algunas ocasiones llegan a utilizar que a continuación se mencionan:

- Casa de Cultura casa IMPI picos las abejas ubicada en Federico G. Batín s/n esq. J. Sal, Col. IMPI-Picos.
- Autódromo hermanos Rodríguez.
- Centro Social y Deportivo Barrio Tezontle ubicado en Sur 159 y oriente 120 s/n, colonia Cuchilla Ramos Millán.
- Centro Social y Deportivo Coyuya, Av. Coyuya No. 10 esquina Viaducto Miguel Alemán, colonia La Cruz.
- Centro Social y Deportivo Fortaleza ubicado en oriente 116 s/n entre Andador Juan Carbonero y Puente Zacate, colonia Gabriel Ramos Millán.
- Ciudad Deportiva Magdalena Mixhuca, el Palacio de los Deportes, el Deportivo Leandro Valle, la Escuela Superior de Educación Física.
- Casa del pueblo.

Centros de abastecimiento

Al encontrarse muy comunicada y urbanizada la delegación Iztacalco en donde se ubica la colonia picos de Iztacalco, cuenta con grandes centros comerciales además de la central de abasto que se ubica en la delegación contigua de Iztapalapa, y la viga en donde se comercia productos del mar de primera calidad, como buen barrio cuenta con tienditas familiares, pero también ha sido invadida por tiendas de conveniencia.

6.3.3 Participación social

De acuerdo al organigrama en la delegación Iztacalco existe la dirección en general de participación ciudadana que a través del líder coordinador de proyectos y de la subdirección de vinculación territorial tiene por objetivos Promover entre los habitantes, y vecinos de la demarcación de Iztacalco, a través de campañas informativas y formativas, programas de formación para la ciudadanía, mejoramiento de la calidad de vida, representación y promoción de los intereses generales, sectoriales y comunitarios y llevar a cabo el seguimiento de las acciones y propuestas ciudadanas que se recopilen durante los recorridos y audiencias públicas que lleve a cabo el titular del Órgano Político-Administrativo.

A decir la señora Nashij nuestra informante, no se entera ni participa de las campañas o audiencias ciudadanas, y desconoce la función del jefe de manzana, pero si sabe quién es, por la delincuencia ha habido necesidad de ponerse de acuerdo con algunos vecinos para poner alarmas vecinales, o solicitar o patrullajes con horarios fijos y continuos, no solo en el momento de un delito.

6.3.4 Costumbres y tradiciones

Aun cuando se trata de una comunidad urbana, aún conserva tradiciones que tienen la función de cohesión de la comunidad, se trata de cuestiones religiosas, de los barrios de Iztacalco, festividades propias del calendario católico, estas festividades favorecen la unión entre los vecinos, que aun como en provincia se saludan y se reconocen. La mayoría de los habitantes de esta colonia son originarios es decir que los terrenos y casas han sido heredados de familia, tal situación crea fuertes lazos de unión, pero poco a poco esto se va perdiendo en lo impersonal que representa vivir en una ciudad tan enorme como la ciudad de México. La familia con la que se trabajó participa en estas costumbres y tradiciones aun cuando no son católicos, la señora Nashij conoce a todos sus vecinos y trata de llevar una relación cordial con ellos. Tiene sentido de pertenencia con su colonia, su barrio, puesto que de aquí son sus padres aquí nació y creció ella y aquí formo a su familia.

6.3.5 Presentación Gráfica Genomapa de la familia S-F.⁴⁷

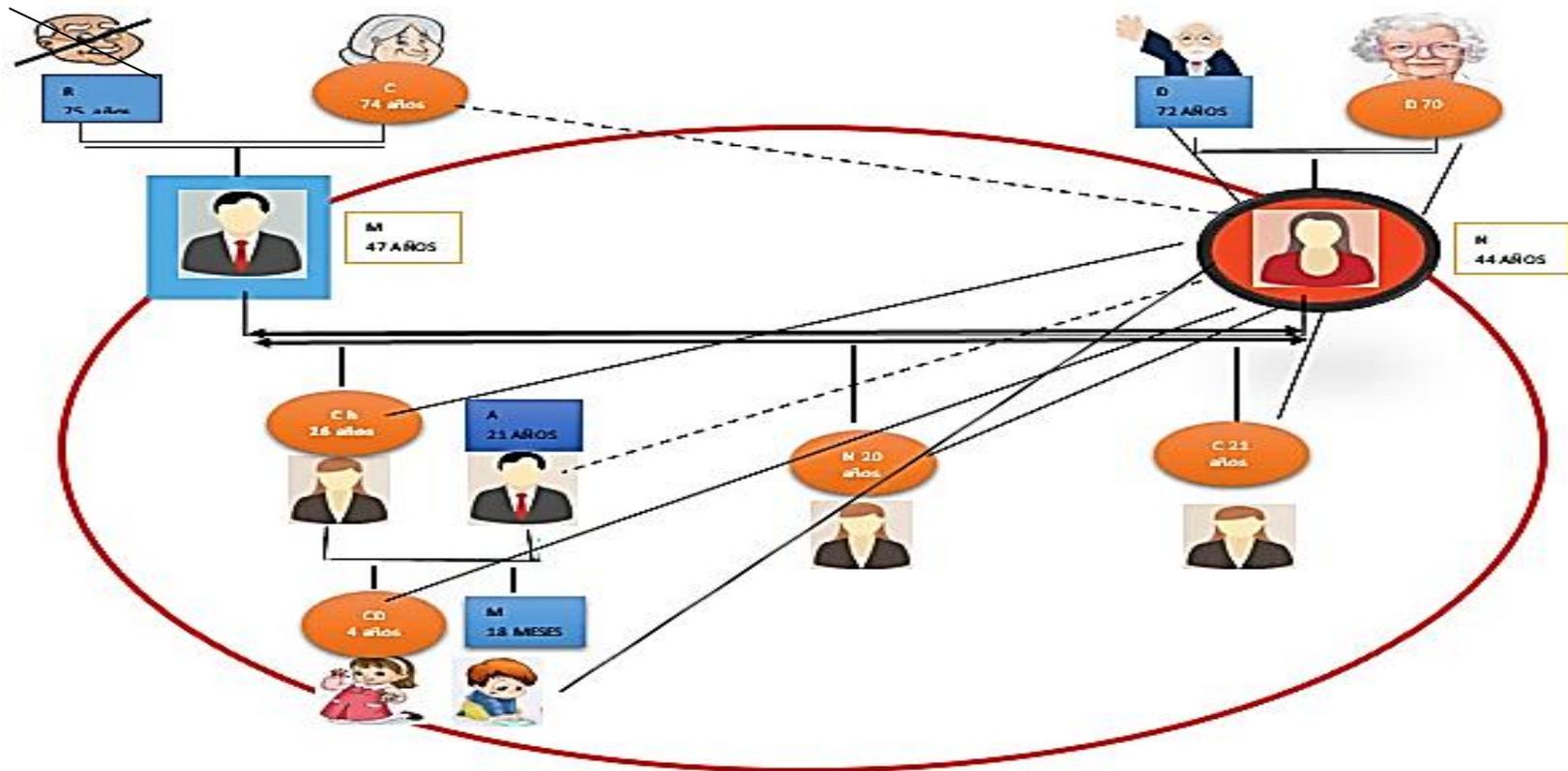
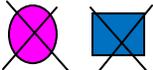


Figura 2. Familiograma

El Familiograma muestra adecuada dinámica familiar, un subsistema conyugal, parental y fraternal fuerte. Relación distante del caso índice con el yerno, poco contacto con los abuelos paternos. Familia nuclear extensa generacional no conflictiva. El jefe de es la señora Nashij.

⁴⁷ Ad_Ecos Emprendimiento Social. [internet]. 2012. Consultado [25-11-16]. Disponible en: <http://www.ad-ecos.com/blog-de-formacioacuten/como-elaborar-un-familiograma-o-genograma-paso-a-paso>

Simbología de genograma

	<i>Mujer</i>
	<i>Hombre</i>
	<i>Fallecimiento</i>
	<i>Matrimonio</i>
	<i>Separación</i>
	<i>Divorcio</i>
	<i>Conflicto</i>
	<i>Distante</i>
	<i>Relación</i>
	<i>Relación fuerte</i>

6.3.6 Ecomapa de la familia S-F

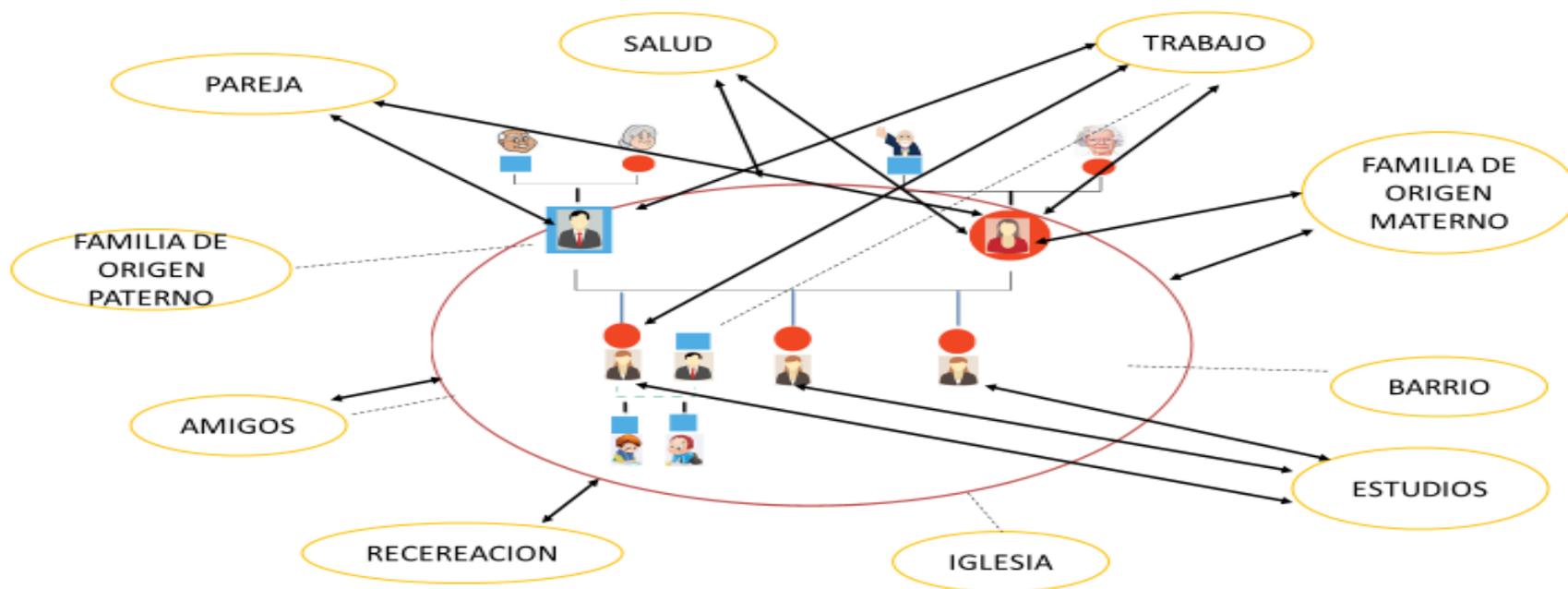


Figura 4. Ecomapa de la familia S-F. Elaboración propia

En el Ecomapa los resultados sugieren una interacción fuerte, con amigos, trabajo, escuela, recreación, familia de origen materno, recursos particulares para la salud, débil con la familia extensa paterna y con el barrio, al igual que distante con iglesia.⁴⁸

⁴⁸ El ecomapa, recursos del enfoque familiar. [Internet] consultado [1-12-16]. Disponible en: <https://encolombia.com/libreria-digital/medicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-recursos2/>

VII. Aplicación del Proceso Atención de Enfermería

7.1 Valoración focalizada

7.1.1 Factores condicionantes básicos

Nombre	Edad años	Peso kg	Talla Cm	IMC	T/A	FC X"	Glicemia capilar mg/dl	Perímetro abdominal	Prueba VIH	Sueño	Ejercicio por semana	Consumo de tóxicos	vacunas
Nashij	46	70 kg	165	25.7	114/74	70	110	105 cm	negativa	déficit	5 días	No	Esquema completo, influenza en 2016
Martin	50	83 kg	175	27.1	128/80	88	90 mg	110 cm	negativa	déficit	2 días	Fuma ocasional	
Chantal	26	55	170	19	100/60	75	85 mg	90 cm	-	déficit	4 días	No	Esquema completo
Nashij	23	58	168	20.5	110/70	78	92 mg	88 cm	-	déficit	4 días	No	
Corima	20	52	165	19.1	100/70	86	88 mg	85 cm	-	déficit	3 días	No	
Deus	4	-	-	-	-	100	-	-	-	normal	no	No	Acorde a edad. Con cartilla
Mateo	1	-	-	-	-	98	-	-	-	normal	no	No	
Antonio	26	85	180	26.2	130/75	86	-	-	-	déficit	no	Fuma 5 cigarros al día	Incompleto Sin cartilla

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

- Nashij: Glicemia capilar casual alterada (110 mg), con sobrepeso por índice de masa corporal (IMC) de 25.7, perímetro abdominal de 105 cm. pesos de 70 kg talla 165 cm de prueba rápida de VIH con resultado de no reactiva, signos vitales normales, con esquema de vacunación completo, vigente.
- Martín: Glicemia capilar en ayuno 90 mg, con sobrepeso de índice de masa corporal IMC de 27.1, perímetro abdominal de 110 cm, peso de 83 kg, talla de 175 cm. Detección Oportuna de VIH mediante prueba rápida con resultado no reactivo, signos vitales normales, con esquema de vacunación completo, vigente.
- Chantal: Detección Oportuna de Diabetes mediante glicemia capilar en ayuno 85 mg, con IMC de 19, perímetro abdominal de 90 cm. peso de 55 kg. talla 170 cm. Detección Oportuna de VIH mediante prueba rápida con resultado no reactivo, signos vitales normales, con esquema de vacunación completo, vigente.
- Nashij: Detección Oportuna de Diabetes mediante glicemia capilar en ayuno 92 mg, con IMC de 20.5, perímetro abdominal de 88 cm. peso de 58 kg. talla 168 cm. Detección Oportuna de VIH mediante prueba rápida con resultado no reactivo, signos vitales normales, con esquema de vacunación completo, vigente.
- Corima: Detección Oportuna de Diabetes mediante glicemia capilar en ayuno 92 mg, con IMC de 19, perímetro abdominal de 85 cm. peso de 52 kg. talla 165 cm. Detección Oportuna de VIH mediante prueba rápida con resultado no reactivo, signos vitales normales, con esquema de vacunación completo, vigente.
- Chantal: Detección Oportuna de Diabetes mediante Glicemia capilar en ayuno 92 mg, con IMC de 19, perímetro abdominal de 85 cm. peso de 55 kg. talla 170 cm. Detección Oportuna de VIH mediante prueba rápida con resultado no reactivo, con esquema de vacunación completo, vigente.
- Antonio: Detección Oportuna de Diabetes mediante glicemia capilar casual en ayuno 88 mg, IMC de 26.2, peso de 85 kg. talla 180 cm. Detección Oportuna de VIH mediante prueba rápida con resultado no reactivo, con esquema de vacunación completo, vigente.

7.1.3 Jerarquización de problemas

7.1.3.1 Requisitos universales de autocuidado

REQUISITO	DESCRIPCIÓN
1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.	Tres integrantes integrante fuma ocasionalmente, no hay problemas respiratorios crónico.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento	Comen de manera sana, equilibrada, solo en ocasiones se permiten algunos antojos. Ingieren en su dieta diaria cereales tortilla, pan frutas, verduras y carnes. Identificando 3 integrantes de la familia con IMC ≥ 25 (sobrepeso).
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	Toma agua natural embotellada o de frutas de la temporada, con poca azúcar (50 gr), entre 2-3 litros de agua y por la noche un vaso con leche.
4. Provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación	Ocasionalmente presenta infección de vías urinarias No presenta problemas de evacuación intestinal.
5. Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso	5 integrantes realizan ejercicio de 3-5 días a la semana, se mantienen activos durante todo el día. Duermen aproximadamente 5-6 horas al día, y Nashij en ocasiones presenta insomnio, se muestra un poco ansiosa solo los niños toman siestas.
6. Mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.	Nashij durante la mayor parte del día está sola, por las actividades del resto de la familia, se relacionan poco con sus vecinos, y más con sus compañeros de ejercicio. Existe buena dinámica familiar y comunicación adecuada. No asisten a ninguna iglesia. Nashij acude a sesiones de espiritualidad y da consejería de lo mismo.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	La familia, cuenta en su casa con protecciones por el grado de inseguridad que se presente en la colonia, así como cámaras, para protección de su negocio. Cerradura adecuada, etc.), desechos de basura domiciliarios propagados en la calle. La familia Sonato- Flores hace poco uso de los servicios médicos con los que cuenta IMSS, acude a consultas preventivas como vacunas para los nietos, aun cuando se enteran de las campañas por ejemplo de cáncer de mama, no acuden a estos servicios, sin embargo acuden con médico privado para sus respectivos controles, de detección oportuna de cáncer, de diabetes, control de peso, control del niño sano, planificación familiar, tanto los adultos como los menores. Acuden a consultas curativas también con médico privado, cuando se enferman Aceptación de la imagen corporal y trabajan en ello a través del ejercicio
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.	La señora y su familia participan poco en las actividades sociales, políticas, de salud. Han tenido la necesidad de participar por la situación de inseguridad en la colonia.

7.1.3.2 Demanda terapéutica de autocuidado de la familia

Demanda terapéutica	Autocuidado
No fumar	<ul style="list-style-type: none">• Los integrantes adultos y el caso índice fuman ocasionalmente
Bajar de peso	<ul style="list-style-type: none">• Llevan una dieta saludable
Disminuir el consumo de grasas insaturadas	<ul style="list-style-type: none">• La señora Nashij y la familia en general consumen alimentos que tienen grasas insaturadas, en poca cantidad, y disminuirán la cantidad
Realiza actividad física	<ul style="list-style-type: none">• La señora Nashij y 4 integrantes más, realiza ejercicio de manera constante y rutinaria 5 veces a la semana
Seguridad del entorno	<ul style="list-style-type: none">• Han tomado ciertas medidas para protegerse de los peligros que existen en la AGEB: barandales, cerraduras, protecciones en ventanas y cámaras de seguridad
Promoción del funcionamiento y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal	<ul style="list-style-type: none">• La señora Nashij se realizó Papanicolaou mediante citología cervical, y detección oportuna de cáncer de mama ambos en febrero del 2016 y con resultados normales. Chantal y Corima con papanicolau mediante citología cervical, normal en 2016

7.4 Planeación de los cuidados a la familia S-F

7.5 Ejecución

7.6. Evaluación

REQUISITO AFECTADO: Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos		SISTEMA DE ENFERMERIA: Educación de enfermería
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none">• Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas r/c alimentación por estímulos externos e internos m/p glucemia 110 mg en ayuno, perímetro abdominal de 105 cm sobrepeso IMC 27. (Nashij).	
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none">• Mantener una adecuada ingesta de alimentos de acuerdo a los requerimientos por edad, sexo y actividad física, para disminuir las cifras de glucosa y estar en el peso ideal• Prevenir diabetes	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		JUSTIFICACIÓN
Valoración del estado nutricional con su servicio médico <ul style="list-style-type: none">• Valoración de medidas antropométricas mediante peso, talla, circunferencia abdominal cada semana hasta lograr el peso ideal y posterior cada mes.• Calcular en Índice de Masa Corporal de forma mensual. Educación para la salud acerca de estilos de vida saludable mediante el uso de trípticos, imágenes e internet.		Se ha intentado identificar las características de pacientes que logran el objetivo de bajar de peso y más aún de mantenerlo. Los que han tenido éxito al inicio del tratamiento atribuyen el sobrepeso a sus hábitos de alimentación; tienen pobre calidad de vida, menos trastornos psicopatológicos como síntomas depresivos, trastornos en la conducta de alimentación y

- Conocer el nivel actual de conocimiento de la persona acerca de alimentación equilibrada mediante parafraseo.
- Descripción gráfica de la dieta recomendada
- Explicación del fundamento de la dieta recomendada y temas referentes a obesidad a través de Infografías (ANEXO E):
 - Explicar el equilibrio entre ejercicio, ingesta calórica, peso corporal y estilo de vida, de 30 a 40 Kcal/kg/día. (1500 kcal)
 - Recomendar lo siguiente en cuanto a alimentación:
 - Inicialmente la reducción del consumo habitual 250 a 500 kcal/día, hasta alcanzar 1200 kcal/día, para lograr una reducción de peso de 0.5 a 1.0 kg/semana. Descensos de peso pequeños, pero sostenidos como 5% de sobrepeso ayudan al control metabólico
 - Enseñar a llevar control de calorías consumidas por día, mediante la técnica didáctica del plato del buen comer
 - Fraccionar hasta seis comidas diarias, dependiendo de los hábitos del paciente.
 - Sustituir harinas por verduras.
 - Restringir la grasa, sugerir el consumo de carnes magras, res, pollo (sin piel) pavo, y mariscos, incrementar el consumo de pescado.
 - Limitar a dos cucharadas diarias (<30 ml) del consumo de aceite; de preferencia recomendar aquellos aceites con mayor contenido de grasas mono insaturadas (aceite de oliva, aguacate, cacahuate, etc.) y poliinsaturados

desinhibición.⁴⁹

Además, han hecho menos intentos de bajar de peso, tienen una motivación intrínseca, más restricción cognitiva, mayor autoeficacia, más insatisfacción corporal, mayor riesgo de enfermedad coronaria y niveles altos de colesterol. Una vez que se logran los resultados se observa que a lo largo del tratamiento y en el momento de la valoración final, los pacientes que tuvieron éxito tienen mayor pérdida de peso inicial, realizan más actividad física, son menos propensos a comer por estímulos externos, son menos exigentes al valorar los cambios en el peso y consumen más fibra.⁵⁰

⁴⁹ Secretaría de salud. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la obesidad y el sobrepeso. En niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-690-INTER_ENFERMERIA_SOBREPESO_Y_OBESIDAD/IMSS-690-13-GER-INTERV_ENFERMERxA_SOBREPESO_Y_OBESIDAD.pdf

⁵⁰ Rojas Teja Jorge, Zubizarreta Estéve Magdalena. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermería. [Internet]. 2007. Citado [29-11-2016]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendar evitar el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces) ▪ Mostrar la variedad de colaciones nutritivas ▪ Realizar una selección de comidas, disminuir azucares carbohidratos y grasas aumentar frutas verduras y agua <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la motivación de Nashij para reducir el peso o grasa corporal • Establecer una meta de pérdida de peso semanal. (1 kg) • Colocar la meta semanal escrita en un sitio estratégico visible • Ayudar a Nashij a identificar la importancia de la pérdida de peso • Control de peso semanal • Incentivar al ejercicio (ella hace de alto impacto) diario por más de 30 minutos, utilizando los recursos que estén a su alcance • Mencionar que el mismo control lo deben llevar todos los miembros de la familia <p>Explicar la importancia de acudir a su unidad de salud para valoración del estado nutricional y detección oportuna de enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección oportuna de diabetes • Detección oportuna de cáncer de mama y cervicouterino • Detección oportuna de dislipidemias 	<p>La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y de comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.⁵¹</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁵¹ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. [internet]. 2010. Consultado: [10-12-16] disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>

EVALUACIÓN

Retroalimentar el conocimiento de la ingesta de alimentos, en la siguiente visita se logra disminuir la glucosa a 87 mg/dl en ayuno, se encuentra en proceso de disminución de peso.

En general la familia tiene apego a hábitos alimenticios sanos por influencia de la proveedora de salud inmediata (Nashij).

Nashij es disciplinada, en su dieta, aunque es difícil que baje de peso, seguramente por cuestiones de cambios hormonales.

Esta consiente del riesgo de tener diabetes por los antecedentes familiares.

	Noviembre 2016		Diciembre 216		Abril 2017	
	Nashij	Martín	Nashij	Martín	Nashij	Martín
Peso	70 kg	83 kg	68 kg		64 kg	80 kg
Talla	165 cm	175 cm	165 cm		165 cm	175
Perímetro abdominal	105 cm	110 cm	105 cm.		100 cm	108
Glicemia Capilar	110 mg/dl	90 mg/dl	87 mg/dl		88 mg/dl	90 mg/dl
IMC	25.7.	27.1	24.9		23.5	26.1

CONDICION AFECTADA: Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso humano		SISTEMA DE ENFERMERIA: Educacion de enfermería
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Déficit del sueño R/C Insomnio, preocupaciones, ansiedad M/P Expresión verbal de preocupaciones, dificultad para conciliar el sueño insomnio, bostezos, 5-6 horas de sueño por la noche. (Nashij)	
OBJETIVO	Mantener una buena calidad de sueño todos los días de la semana	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACION	
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia de un sueño adecuado durante las situaciones estresantes. • Registrar el esquema y número de horas de sueño. (ANEXO E) • Identificar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño • Instruir a Nashij y familia acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilos de vida, cambios frecuentes de turno de trabajo, cambios rápidos de zona horaria, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema de sueño • Eliminar las situaciones estresantes que están a la mano, antes de irse a la cama. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño • Guiar a Nashij para que evite a la hora de irse a la cama los 	<p>Un sueño escaso o de mala calidad puede tener repercusiones negativas en su vida diaria. Si esta situación se prolonga en el tiempo, puede afectar a su estado de ánimo e interferir en su trabajo y su vida social. Para obtener mejoría en estos aspectos, hay que tomarse el tiempo necesario para establecer el control de ciertas pautas que ayudan a obtener el mejor sueño posible. Los hábitos del buen dormir también pueden prevenir una noche de reposo alterado, lo cual, frecuentemente, se transforma en la reiteración de un problema que, con el tiempo, se hace crónico.⁵²</p>	

⁵² Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente. Capítulo VIII. Procedimientos relacionados con el descanso. [internet]. Consultado [5-11-17]. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/08+--+Procedimientos+relacionados+con+el+descanso.pdf>

<p>alimentos y bebidas que interfieran el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño. • Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño. • Recomendar respiraciones diafragmáticas antes de dormir, concentrándose en el proceso de la respiración • Recomendar la ingesta de alguna infusión relajante • Recomendar no ver televisión, leer, comer, en el dormitorio • Fomentar que Nashij revise el estado físico del dormitorio y del colchón, éstas deben ser cómodos. • Evitar sueño diurno • Establecer horas fijas para acostarse y levantarse 	
<p>EVALUACIÓN</p>	<p>La señora Nashij reconoce de la importancia de dormir adecuadamente La señora Nashij lleva un registro del número de horas que logra dormir Ordena actividades para tener mayores horas de sueño para sus familiares. Se levanta diario a las 7 a.m. para crear hábito</p>

CONDICION AFECTADA: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano		SISTEMA DE ENFERMERIA: Educación de enfermería
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<ul style="list-style-type: none"> Riesgo de infección de transmisión sexual relacionado con la falta de utilización de métodos de protección y conocimiento sobre las manifestaciones clínicas de las ITS durante el acto sexual. (Corima) 	
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> Contribuir al incremento de la percepción del riesgo y la formación de comportamientos saludables reforzando la responsabilidad individual y colectiva en las acciones de control de las ITS/VIH/sida. Que los integrantes de la familia comprendan la importancia de la autorresponsabilidad por la salud y adquieran hábitos de protección saludables en el comportamiento ante estas enfermedades Prevenir infecciones de transmisión sexual Evitar embarazos no deseados 	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		JUSTIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores internos y externos que mejoren la motivación en conductas sexuales de los integrantes de la familia. Ayudar a esta familia para identifique todos sus valores sobre la educación sexual. Evaluar el nivel de conocimiento de la familia acerca de las infecciones de transmisión sexual. Educar la familia acerca de las infecciones de transmisión sexual Mostrar infografías del tema 		La prevención de las ITS debe realizarse en el marco de la promoción de la salud, como un proceso para evitar la transmisión de las mismas en la población, mediante el fortalecimiento de conocimientos, aptitudes, actitudes y hábitos de las personas y en la comunidad para participar corresponsablemente en el autocuidado y construcción de una sociedad saludable libre de ITS. ⁵³

⁵³ Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Cuidados de enfermería para la mujer en edad reproductiva, encaminados a la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). [internet]. Consultado [11-09-17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>

<ul style="list-style-type: none"> • Motivar a la persona a expresar sus dudas, inquietudes y necesidades en aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva. • Explicar los signos y síntomas de las ITS, y las consecuencias. • Educar a las mujeres en edad fértil de la familia acerca del ciclo menstrual • Educar acerca de los métodos de planificación familiar. • Educar acerca de la importancia de la toma de papanicolaou anual y mastografía cada 2 años. • Se debe destinar el tiempo necesario para la atención, sin interrupciones que interfieran la comunicación. • Entregar condones y mostrar el uso adecuado a miembros de la familia. • Brindar seguridad, confianza y confidencialidad teniendo en cuenta el estado emocional. • Aclarar las dudas frente a su situación de salud sexual y reproductiva o frente a las prácticas sexuales seguras. • Referir al programa de detección oportuna de cáncer de cérvix. 	<p>El profesional de enfermería, como parte del equipo de salud, cumple una importante labor en las acciones encaminadas a la prevención de las ITS, Son prioridades de salud pública y del enfoque de atención primaria, la promoción y el fomento de la salud, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, modificar o suprimir aquellos que no lo sean, a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud.⁵⁴</p>
<p>EVALUACION</p>	<p>Nashij se muestra satisfecha con la educación proporcionada de ITS, ya que desconocía el impacto del VPH, como precursor de cáncer cervicouterino. Comunicara a sus hijas la información recibida, se replica la misma información con sus hijas.</p>

⁵⁴ Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. [Internet]. 2014 consultado [9-12-16]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227625/NORMA_Oficial_Mexicana_039_DOF__01-05-17.pdf

CONDICION AFECTADA: Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso humano		SISTEMA DE ENFERMERIA: Educación de enfermería
CONDICION AFECTADA: Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano	SISTEMA DE ENFERMERIA: Educación de enfermería	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disposición para mejorar el estado de salud mediante la inmunización.	
OBJETIVO	Educar a la familia acerca de enfermedades prevenibles por vacunación.	
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA		JUSTIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> • Difundir el esquema nacional de vacunación para todos los miembros de la familia • Promover la vacunación y sus beneficios • Revisión de las cartillas nacionales de salud de los miembros de la familia • Educación sobre las enfermedades que se previenen con vacunación • Educar acerca de la importancia de responder a las campañas de vacunación • Evitar reacciones por vacunación • Explicar a la señora Nashij las vacunas disponibles para su familia de acuerdo a sus edades • Motivar a la señora Nashij a que acuda a su unidad médica para 		<p>Entre las intervenciones de salud pública los programas de vacunación son los que logran mayor beneficio en cuestión de costos. De acuerdo con cifras de la OMS, las vacunas evitan entre dos a tres millones de muertes al año al proveer protección contra enfermedades como la difteria, sarampión, neumonía, rotavirus, rubeola, tétanos y polio.⁵⁵</p> <p>De acuerdo con un estudio de los CDC divulgado en 2013, los índices de vacunación para enfermedades como herpes zoster, virus del papiloma humano, tétanos y tos ferina entre las personas de 19 años o más son muy bajos y las minorías siguen siendo afectadas por una menor cobertura.⁵⁶</p> <p>La inmunización previene enfermedades, discapacidades y</p>

⁵⁵ NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos e inmunoglobulinas en el humano. [internet]. 2012. Consultado [5-12-16]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/nom-036-ssa2-2012-prevencion-y-control-de-enfermedades-aplicacion-de-vacunas-toxoides-faboterapicos-e-inmunoglobulinas-en-el-humano>

⁵⁶ CDC. Vacunas e inmunizaciones. [Internet.] 2017. Consultado [9-12-16]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/index.html>

<p>solicitar la cartilla nacional de salud Orientar acerca de los efectos secundarios de las vacunas</p>	<p>defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación, tales como el cáncer cervical, la difteria, la hepatitis B, el sarampión, la parotiditis, la tos ferina, la neumonía, la poliomielitis, las enfermedades diarreicas por rotavirus, la rubéola y el tétanos. Durante el año pasado no se registraron cambios significativos. La tasa mundial de cobertura de la vacunación se ha estancado en el 86%.⁵⁷</p>
<p>EVALUACION</p>	<p>Se revisan cartillas nacionales de salud, de los menores de 5 años mismas que están completas. Los adultos no tienen cartillas nacionales de salud y no tienen vigente la vacunación de tétanos por lo que se envían al centro de salud para vacunarse. Se les proporcionan cartillas nacionales de salud</p>

⁵⁷ OMS. Centro de prensa. Cobertura vacunal. [internet] 2017. Consultado [9-12-16] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>

CONDICION AFECTADA: Mantenimiento de un equilibrio entre actividad y descanso humano	SISTEMA DE ENFERMERIA: Educación de enfermería
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Ansiedad R/C entorno violento y patrones de interacción M/P Insomnio, inquietud, angustia, temor.
OBJETIVO	Disminuir la ansiedad, afrontando la situación, aceptando su entorno Empoderar a la familia acerca de su propia seguridad
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	JUSTIFICACION
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles • Incentivar a Nashij a participar en las actividades colectivas encaminadas a la protección y seguridad de la colonia. • Fomentara la interacción social para mejorar el acceso a la seguridad. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos • Identificar los cambios graves en el nivel de ansiedad. • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. • Fomentar las actividades sanas (recreación, conexión con la naturaleza, actividades que cultiven lo espiritual, acercarse a Dios, trabajo social, aprende un nuevo oficio). • Influir en las relaciones personales más cercanas y trabajar para crear entornos familiares saludable 	Aunque todas las clases sociales padecen la violencia, las investigaciones demuestran que las personas de nivel socioeconómico más bajo son las que corren mayor riesgo. Si se desea prevenir la violencia, se ha de poner fin al abandono que sufren las necesidades de los pobres, que en la mayoría de las sociedades son quienes suelen recibir menos atención de los diversos servicios estatales de protección y asistencia. ⁵⁸
EVALUACION	Recibe información de la importancia de las relaciones sociales y redes de apoyo Utiliza sus propios recursos para disminuir el temor y la ansiedad (espiritualidad) La señora Nashij expresa lo que siente

⁵⁸ OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [internet]. Consultado: [10-08-17]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf

7.5 Ejecución

7.5.1 Plan de Educativo dirigido a la familia S-F

EDUCACION SEXUAL			
Objetivo: Mostrar un panorama general de las principales ITS, haciendo énfasis en VIH y VPH para disminuir los riesgos de adquirir estas enfermedades por los miembros de esta familia, con la teoría del autocuidado de Dorotea E. Orem			
Tiempo estimado: 15-20 minutos			
TEORIA DE ENFERMERIA	RECURSOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Sustentado en la teoría del déficit de autocuidado utilizando la agencia de enfermería poniendo en práctica sistema compensatorio parcial.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera• Tríptico• Presentación PPT• Computadora	<ul style="list-style-type: none">• Crear una relación enfermera-grupo familiar• Elaborar material didáctico referente a la sexualidad• Motivar a los miembros de la familia para que manifiesten sus dudas• Entregar material didáctico• Hacer énfasis sobre los riesgos de sufrir infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados se hace énfasis en VIH y VPH	Al finalizar la educación para la salud 15 minutos de duración, los miembros del grupo familiar mencionan que sus conocimientos sobre la sexualidad quedan reforzados sobre sus conocimientos previos. Se entrega tríptico de ITS

Cáncer de mama

Objetivo: Empoderar a las mujeres de la familia S-F acerca de la autoexploración mamaria como método de detección oportuna al alcance de sus manos acerca del cáncer mamario

Tiempo estimado: 15-20 minutos

TEORIA DE ENFERMERIA	RECURSOS	ACCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Sustentado en la teoría del déficit de autocuidado utilizando la agencia de enfermería poniendo en práctica sistema compensatorio parcial.	<ul style="list-style-type: none">• Enfermera• Tríptico• Presentación PPT• Computadora	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer una relación enfermera-grupo familiar• Elaborar material didáctico referente al cáncer de mama. (PPT, infografías)• Motivar a los miembros de la familia para que manifiesten sus dudas• Entregar material didáctico• Explicar la técnica de autoexploración mamaria• Solicitar la réplica de la técnica de autoexploración mamaria• Reforzar deficiencias de la técnica y de la información proporcionada• Comunicarse en términos que la familia entienda	La educación para la salud solo logra darse a dos integrantes femeninas de la familia, ya que los hombres no entienden la importancia de esta patología presentarse también en el sexo masculino un cuando se le informa que el cáncer puede. Devuelven la técnica. Se corrigen ideas erróneas acerca del cáncer de mama

VIII. PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

La información que a continuación le proporcionamos es muy importante para la continuidad de los cuidados en el hogar.

Comunicación

SE SUGIERE QUE EL CASO ÍNDICE, CONTINUE CON LA COMUNICACIÓN ACERTIVA CON SU FAMILIA. ORGANIZAR MAS MOMENTOS DE CONVIVENCIA FAMILIAR, Y SOBRE TODO CON SU PAREJA. DEDICARSE TIEMPO ELLOS MISMOS COMO PAREJA.

Urgente

Acudir al servicio de urgencias en caso de presentar los siguientes signos y síntomas:

❖ Mal estado general	❖ Sangrado
❖ Fiebre	❖ Dificultad para respirar
❖ Dolor	❖ Otro:
❖ Pérdida del estado de alerta	

Información

Prevención y Detección Oportuna de Enfermedades

SE DEJAN INFOGRAFÍAS ACERCA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA, CERVICOUTERINO Y DE PROSTATA. SE REFUERZA LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA EXPLORACIÓN MAMARIA. YA QUE HABÍA CIERTA INFORMACIÓN ERRÓNEA. SE ENVÍA A SU MÉDICO PARTICULAR O AL IMSS, PARA REALIZARSE CHEQUEO COMPLETO POR LOS FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES MELLITUS. Y POR UNA GLICEMIA CAPILAR MAYOR DE 100. EN 2018 LE CORRESPONDE LA TOMA DE SU MASTOGRAFÍA Y PAPANICOLAU. YA SU ESPOSO LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PROSTATA

Dieta

Alimentación / Hidratación	Intervenciones
	<ul style="list-style-type: none"> - SE REALIZAN EJERCICIOS DE PREPARACIÓN DE MENUS SALUDABLES CON EL PLATO DEL BUEN COMER. TEMA QUE LA SEÑORA NASHIJ DOMINA MUY BIEN - SE DAN OPCIONES DE COLACIÓN QUE ES LA ÚNICA FALLA QUE SE ENCUENTRA, PARA ELLA Y PARA LOS INTEGRANTES DE SU FAMILIA - SE DAN INFOGRAFÍAS SOBRE EL TEMA
	<ul style="list-style-type: none"> CONTINUAR CON LA INGESTA DE AGUA NATURAL DE LITRO Y MEDIO A 2 LITROS EVITAR AZÚCAR, SOBRE TODO REFINADA EVITAR AGUA DE FRUTAS

Ambiente

Acciones de Autocuidado Generales

✓ Baño diario	✓ No acudir a lugares concurridos o conglomerados
✓ Cambio de ropa diario	✓ Evitar corrientes de aire y cambios bruscos de temperatura
✓ Lavado de manos antes de consumir alimentos y después de ir al baño	✓ Evitar mascotas dentro de la habitación
✓ Lavar y desinfectar alimentos	✓ Acudir a Medicina Preventiva para vacunas y detecciones oportunas
✓ Mantener la habitación limpia y libre de polvo	✓ Otros:
✓ Evitar estar en contacto con personas enfermas	

Recreación, actividades de vida cotidiana

<p>CONTINUAR CON SU RUTINA DIARIA DE EJERCICIO</p> <p>SE RECOMIENDA EL USO DE CAMINADORA QUE SE TIENE PARA SU HIJAS. POR LA LIMITATE DEL TIEMPO</p>	<p>SE SUGIERE MAYOR PARTICIPACIÓN CON LA COMUNIDAD Y APROVECHAR SU CONTACTO CON LA GENTE QUE ACUDE A SUS TERAPIAS PARA SER AGENTE DE CAMBIO Y FOMENTAR EN ELLOS EL AUTOCUIDADO. COMO LO HACE CON SU FAMILIA.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Medicamentos

Medicamentos	Dosis	Vía	Horarios
SIN MEDICAMENTOS			

Espiritualidad y otras recomendaciones

<p>LA SEÑORA NASHIJ SE OFRECE PARA DAR AL GRUPO UNA SESIONDE 1 DIA CON TEMAS DE AUTOANALISIS, DE ESPIRITUALIDAD Y DE AUTOCRITICA, PARA POTENCIALIZAR NUESTRAS CUALIDADES.</p> <p>LA SEÑORA NASHIJ, VIVE Y FOMENTA UNA FILOSOFIA DE VIDA BASADA EN LA ESPIRITUALIDAD</p>

Fecha	Nombre y firma de la enfermera
24 DE JUNIO 2017	MTRA. SILVIA GONZALEZ VILLANUEVA

Recibe información:

ADELAIDA NASHIJ FLORES PÉREZ

Nombre y firma

IX. Conclusiones

Al realizar el presente estudio es necesario considerar a la familia como un sistema dinámico por la interrelación que establece con su medio social, los cambios sociales que se producen influyen en el núcleo familiar, de la misma forma hay que tener en cuenta el papel de la misma sobre el desarrollo de la sociedad. Los hábitos de vida de la comunidad están dados por los hábitos de vida de la familia. Así se puede afirmar que la salud de la familia determina la salud de la comunidad entonces al promover la salud en el núcleo familiar significará promover la salud de la comunidad.

La familia como unidad de análisis presenta características metodológicas y éticas específicas que le dan un carácter peculiar al proceso investigativo. Es de destacar el papel que juega la persona informante o caso índice resulta un recurso de gran valor para la investigación familiar, por la confianza que nos da al proporcionar datos e información delicada.

Tomando en cuenta que problemas de salud afectan no sólo a la vida del individuo, sino que también afectan a la de toda la familia, la enfermera debe considerar que toda problemática de salud desarrolla en un contexto familiar, y que este contexto está en cambio constante para poder hacer frente a las demandas de la vida cotidiana, incluyendo en estas demandas el aprendizaje de tareas para cubrir las diferentes etapas de la vida individual, familiar y social.

La aproximación al individuo y la familia debería hacerse de forma que nos permitiera examinar, por una parte, los factores de la dinámica familiar que intervienen en la adaptación a su problemática de salud, y por otra los factores ligados a dicha problemática que están influenciando las formas de interactuar en la familia.

No existe una manera única abordar e intervenir a las familias desde nuestra área de competencia, es decir, nos falta el desarrollo de un modelo teórico centrado en la familia que nos permita trabajar de una forma organizada. Un serio problema es que las intervenciones educativas de enfermería con la familia corresponden a otras disciplinas, por ejemplo, si se va hablar de dietas saludable, la enfermera podrá educar y referenciar, pero existen nutriólogos quienes tendrían que hacer esta labor, para higiene bucal, los dentistas, para otros problemas esta trabajo social o psicología. La enfermera en afán e cubrir las necesidades de salud de las familias acapara las actividades sin profundizar en ellas, de este modo sería mejor que a la familia la aborden grupos interdisciplinarios

cada uno con su propia intervención en donde la enfermera debe servir como facilitador y nexo de unión que ayude y dé soporte a la familia.

Para el estudio de familia es necesario utilizar además de la teoría del autocuidado de Orem, emplear otros modelos o teorías como los modelos de análisis familiar basados en la Teoría General de Sistemas, la cual nos permiten concebir a la familia como un sistema social en el cual los miembros interactúan de forma continuada, y se puede comprender la relación existente entre los diferentes sistemas personas y familia y sus problemas de salud.

Con el modelo sistémico, se trabajan los conceptos centrales de la disciplina enfermera, el individuo, familia, salud de la familia y la intervención de la enfermera otros modelos como el de análisis familiar de Calgary que fue desarrollado por el Dr. Kart Toma y sus colegas en el programa de terapia familiar de la Universidad de Calgary. El modelo de Calgary consiste en tres categorías principales: Valoración de la estructura familiar, del desarrollo familiar, y del funcionamiento familiar.⁵⁹

Otro modelo que se puede utilizar es el de cuidados enfermeros de McGill, que se enfoca en la promoción de la salud de la familia. Propuesto por la doctora Nora Pender, que aborda a la familia desde su contexto social y no como un ente aislado.⁶⁰

La enfermera no exige a los pacientes y sus familias a cambiar, sino que ella invita a ese cambio. Los pacientes y sus familias tienen la solución a la mayoría de las situaciones, la enfermera ejerce el papel de facilitadora. Sin embargo, este enunciado es difícil de concretar, aun cuando la familia y sus integrantes estén conscientes de los problemas de salud que los aquejan y las actividades que tendrían que realizar para corregir, no lo han hecho y prueba de ello es el aumento de enfermedades crónico-degenerativas, de enfermedades de transmisión sexual entre otros.

Se concluye que el conocimiento coadyuva al cambio de conducta pero no lo asegura, por esto cuando se utiliza la Teoría de Orem se presume que la persona es capaz de decidir y realizar su

⁵⁹ Figueredo, María Henriqueta de Jesus Silva and MARTINS, María Manuela Ferreira Pereira da Silva. De los contextos de la práctica a la construcción del modelo de cuidados de enfermería de la familia. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.3, pp.615-621. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>

⁶⁰ Prado Solar I. González R. Paz GN, II Lic. Karelia Romero Bk. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida. *Rev. Med. Electron.* vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014...scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004

propio autocuidado con el apoyo de enfermería, es decir el sujeto debe estar en otro nivel de sensibilización de sí mismo, por lo tanto es imprescindible incorporar intervenciones destinadas a guiar a la toma de decisiones para el cambio de conductas y asegurar así un autocuidado adecuado que contribuya a mantener una mejor calidad de vida.

La idea de autocuidado de Orem, es muy útil. Si la persona es consciente de que requiere algún tipo de acción, toma la decisión de realizar esa acción inmediata y a largo plazo y finalmente la lleva a cabo. Este sigue siendo el principal desafío para la enfermería lograr el cambio de conducta para que alcancen al máximo su nivel de autocuidado como lo propone Orem y lograr así contribuir en la mantención de la salud y de una mejor calidad de vida. La promoción de la salud y el autocuidado son componentes de la salud pública y han sido objeto de estudio desde la promulgación de la Carta de Ottawa. El autocuidado se enfoca dentro de la promoción de la salud como una forma de construir vida saludable, y cambios a los estilos de vida y trabajo saludable, para fortalecer o cambiar modos de vida y de actuar en las personas y grupos para fomentar comportamientos que potencien la seguridad y la salud.

Con este trabajo se hace evidente la vigencia de la teoría de Dorothea E Orem, que se adapta a nuestra realidad en el campo de la salud pública en donde la enfermera guía al individuo a llevar a cabo y a mantenerse por sí mismo de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de enfermedad y limitar las consecuencias de la enfermedad. La práctica de Enfermería en salud pública nos permite analizar e interpretar estas realidades.

X. Sugerencias

Formar enfermeras con una preparación tal, que les permita realizar la intervención con familias bajo conceptos propios de la disciplina, para el propio desarrollo de la práctica profesional, dada la complejidad de la problemática que aborda

Considerar en la planeación del trabajo con familia, que los horario y días de intervención no dependen sólo de las necesidades institucionales o de la enfermera misma, sino de las posibilidades familiares para integrarse como tal y asumir el compromiso en el trabajo. Si no se toma en cuenta esto se corre el riesgo de no acabar la información pertinente para la planeación y realización de las intervenciones

Participar en los programas de difusión del sector salud a través de los medios masivos de comunicación, a fin de educar a las familias en riesgo, en beneficio de las familias y la enfermera, quien promoverá por este medio su rol de educadora en salud.

Implementar un programa permanente de atención a familias, en respuesta a demandas familiares y a planteamientos que en materia de salud han hecho organismos internacionales y nacionales competentes para ello.

Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para facilitar el acceso a los servicios, evitar el dispendio de recursos y que dicho programa sea dirigido por el profesional en enfermería salubrista quien cuenta con la preparación específica que un programa de esta naturaleza requiere.

Realizar estudios experimentales que demuestren con mayor exactitud a la efectividad del modelo de Orem, pero en un contexto diferente en el que fue creado, en un periodo de tiempo mayor que permita valorar con más elementos el impacto de las intervenciones de la enfermera en las familias y medir con mayor precisión el desarrollo de la agencia de autocuidado.

Hacer estudios que profundicen los aspectos de cultura y estilo de vida de las familias

Bibliografía

1. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Editorial Progreso Moscú 4ta ed. 1970. Transcripción/HTML para Marxists.org Juan Fajardo (2000, 2012). [internet]. Consultado [13-12-17] disponible en: https://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf.
2. Cami A. Introducción al trabajo familiar en caso de vulnerabilidad. Cuaderno de formación. Córdoba Argentina. [internet]. 2009. Consultado [18-05-17]. Disponible en: <http://www.psocialsalesianas.org/image/01%20Trabajo%20Familiar.pdf>
3. WHO. Determinantes sociales de la salud.pdf. [internet]. 2017.Consultado [9-10-17]. disponible en: http://www.who.int/topics/social_determinants/es/
4. Fortuna CM, Matumoto S. Bistafa Pereira MJ. Martins Ms. Suemi KL. Camargo BC. El enfermero y las prácticas de cuidados colectivos en la estrategia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(3): [08 pantallas]. mayo-jun. 2011: [internet]. Consultado: [3- 09-17]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/es_18.pdf
5. Reyes Luna G, Garrido Garduño, A. et al Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010. [Internet]. 2010. Consultado [2-10-17]. Disponible en: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Adriana-Guadalupe-Reyes-Luna.pdf>
6. Vega Romero R, Carrillo Franco J, APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso `salud a su hogar´ en Bogotá. Revista Gerencia y Políticas de Salud. [internet]. 2006. Consultado: [30 de septiembre de 2017]. 2006538-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54501104>.
7. Lewis H. Morgan. La Sociedad primitiva. Prólogo de Carmelo Lisón Tolosana, segunda edición, Ed. Ayuso, Madrid, 1971. Consultado [13-12-2016]. Disponible en [https://id.scribd.com/.../Morgan-La-Sociedad-Primitiva-3a-y-4a-Parte]
8. Lewis H. Morgan. Op.cit.

-
9. Etimología de la palabra familia. [internet]. Consultado [12-12-16]. Disponible en: <https://dianamarcelabetancur.wordpress.com/2012/11/01/reflexion-de-la-familia/>
 10. Vargas Ingrid. Familia y ciclo vital. [internet]. Consultado [18-12-2016]. Disponible en: <http://www.actiweb.es/yaxchel/archivo1.pdf>
 11. Concepto definición de familia. [internet]. Consultado [12-12-16]. Disponible en: <http://cbtis149ctsv3lc2.blogspot.mx/2009/10/definicion-de-familia-segun-la-oms.html>
 12. David Robichaux compilador. Familia y diversidad en América Latina: Estudios de caso. [internet]. 2007. Consultado [9-12-16]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/278444120/Familia-y-diversidad-en-America-Latina-estudios-de-caso>.
 13. Arieu Ricardo. Estructura y papel de la familia en la sociedad actual. Ensayo. [internet]. 2015. consultado [22-04-17]. Disponible en: <https://www.slideshare.net/pauloarieu/la-estructura-y-el-papel-de-la-familia-en-la-sociedad>
 14. ONU. Declaración universal de los derechos humanos. [internet]. Consultado [21-12-17]. Disponible en: http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml.
 15. Tuiran Rodolfo. Vivir en familia: Hogares y estructura familiar en México, 1976-1987. Consultado. [Internet]. [7-01-2017]. Disponible en [<http://docplayer.es/12735349-Vivir-en-familia-hogares-y-estructura-familiar-en-mexico-1976-1987.html>]
 16. Jiménez Pelcastre. Estudio sociocultural de mujeres que encabezan hogares. [internet]. 2014. Consultado [16-12-17]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/308255578/>
 17. Montalvo RJ. Espinoza SMR. Pérez AA. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. Rev. Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVII. Número 28. Febrero-Julio 2013 Facultad de Estudios Superiores. Iztacala-UNAM. [internet]. 2013. Consultado [8-12-16] Disponible en: [pepsic.bvsalud.org/pdf/alpsi/v17n28/n28a07.pdf]
 18. INEGI. (2012b). (2012^a) Estadística a propósito del día de la familia mexicana. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. URL disponible en [www.inegi.gob.mx]

-
19. Murueta, M. Osorio, M. (comps). Familia y proyecto social en la teoría de la praxis. Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. México: AMAPSI. [internet]. 2015. Consultado [10-12-2016].
 20. García, M., Rivera, S., Reyes, I. y Días, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. RIDEP, 22 (2), 91-110. Consultado [16-12-2016]. Disponible en [<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539907>].
Disponible en: [<http://murueta.mx/index.php/textos/40-familia-y-proyecto-social-en-la-teoria-de-la-praxis>].
 21. INNATIA. La evolución de la familia: Historia de la familia. [consultado [3 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-evolucion-de-la-familia.html>
 22. CONEVAL, SEDESOL. Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social 2015. Iztacalco, Distrito Federal. Consultado [1-12-2016]. disponible en: [www.gob.mx/sedesol/.../informe-anual-sobre-la-situacion-de-pobreza-y-rezago-social]
 23. Primera Reunión de Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Rev. Archivos de medicina familiar Vol. 7 Supl. 1 2005 p 11. disponible en: [www.medigraphic.com/e-/amfs05/-1
 24. Minuchin, S y Nichols, M.P. La recuperación de la familia: relatos de esperanza y recuperación. Barcelona: Paidós. 1992
 25. Estremero J. Gacia X. Familia y ciclo vital familiar. Consultado [4-01-2017]. Disponible en: www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf
 26. Modelos enfermeros. Dorothea Elizabeth Orem . Déficit de autocuidado. Dorothea Elizabeth Orem [internet]. Consultado [10.12.16]. disponible en: <http://modelosenfermerosucaldas.blogspot.mx/2013/06/dorothea-elizabeth-orem.html>
 27. López A.L. Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. [Internet]. 2006; Vol.2 (No. 2): 90-100. [Citado 20 de noviembre 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200010
 28. Martínez-González L. et al. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2011; 19 (2): 105-108 [internet]. Consultado [9-12-17].

Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf · Archivo PDF

29. Martínez-González Op cit pág. 106
30. Teoría déficit de autocuidado. Blog modelos enfermeros [Internet]. 30 de mayo 2013. [Citado el 22 de noviembre 2016]. Disponible en:
<http://modelosenfermeros2013.blogspot.mx/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidadohtml>
31. Navarro Peña, Y, Castro Salas, M. MODELO DE DOROTHEA OREM APLICADO A UN GRUPO COMUNITARIO A TRAVÉS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA. Enfermería Global [Internet]. 2010;9(2):1-14. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834755004>
32. Navarro Peña, Op.cit, pág. 4
33. Teoría déficit de autocuidado. Blog modelos enfermeros Disponible en:
<http://modelosenfermeros2013.blogspot.mx/2013/05/teoria-del-deficit-del-auto-cuidadohtml>
34. Navarro Peña, ibid., pag.5
35. Calle Londoño E. Blog modelos enfermeros. Ibidem
36. Varela Feal N. Rodríguez Maseda E. Romero Martín M. Castro Pastor A. Fernández Cao MJ. Intervención de enfermería en el sistema familiar: Valoración. Internet. 2003. Consultado [30-09-17]. Disponible en: [culturacuidados.ua.es/...intervencion-de-enfermeria-en-el-sistema-familiar-valoracion/...](http://culturacuidados.ua.es/...intervencion-de-enfermeria-en-el-sistema-familiar-valoracion/)
37. Teoría ecológica de Bronfenbrenner. [internet]. Consultado: [8-12-16]. Disponible en:
<https://almazcruz.wordpress.com/teoria-ecologica-de-bronfenbrenner/Jhon>
38. S. Rolland. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Gedisa, Barcelona. 2000
39. Faculta de Enfermería. Universidad Andres Bello. Taller de Bases de enfermería en la salud familiar y comunitaria. Taller N°6 Modelo de Elizabeth Anderson. Internet. 2016.Consultado [30-09-17] Disponible en:
<https://enfenasaludfamiliarcomunitaria.wordpress.com/2016/10/20/taller-no6-modelo-de-elizabeth-anderson/>

-
40. Metodología de Enfermería. Fases del Proceso Atención Enfermería. [Internet]. [Consultado 23- 11- 2016]. Disponible:
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf
 41. Vázquez Cortez A. Tesis de investigadores. Proceso de atención de enfermería. [internet]. 2017. disponible en: <http://tesisdeinvestigadores.blogspot.mx/2011/04/el-proceso-de-atencion-de-enfermeria.html>
 42. Martínez L. Olvera G. El paradigma de la transformación en el actuar de enfermería. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2011; 19 (2): 105-108 [consultado 21 de noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim112h.pdf>
 43. Triviño Z. Sanhueza O. Paradigmas de investigación en enfermería [Internet]. 2005 junio [consultado 22 de noviembre del 2016]; 11(1): 17-24. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003&lng=en&tlng=en#
 44. Montero-Ossandon L. Dois Castellón A. Teoría evolutiva de la familia: Ciclo vital familiar. Montero-Ossandón (Eds.), Manual de atención de familias para profesionales de la salud, Ediciones UC, Santiago, Chile (2012), pp. 69-85
 45. La teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner. op.cit.
 46. Delegación Iztacalco - Delegación del Distrito. [Internet]. Disponible: en: <http://www.iztacalco.df.gob.mx/portal/>
 47. Ad_Ecos Emprendimiento Social. [internet]. 2012. Consultado [.25-11-16]. Disponible en: <http://www.ad-ecos.com/blog-de-formacioacuten/como-elaborar-un-familiograma-ogenograma-paso-a-paso>
 48. El ecomapa, recursos del enfoque familiar. [Internet] consultado [1-12-16]. Disponible en: <https://encolombia.com/libreria-digital/lmedicina/ecmg/fasciculo-1/ecmg1-recursos2/>
 49. Secretaria de salud. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería para la obesidad y el sobrepeso. En niños y adolescentes en el primer nivel de atención. [Internet]. [Consultado 5-12-16]. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-690-inter_enfermeria_sobrepeso_y_obesidad/IMSS-690-13-GER-Interv_enfermerxa_sobrepeso_y_obsesidad.pdf

50. Rojas Teja Jorge, Zubizarreta Estéve Magdalena. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidado en la atención primaria de salud. Rev. Cubana Enfermería. [Internet]. 2007. Citado [29-11-2016]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100007
51. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. [internet]. 2010. Consultado: [10-12-16] disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>
52. Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente. Capítulo VIII. Procedimientos relacionados con el descanso. [internet]. Consultado [5-11-17]. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/08>
53. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Protocolos para la atención de enfermería a la salud sexual y reproductiva de la mujer. Cuidados de enfermería para la mujer en edad reproductiva, encaminados a la prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS). [internet]. Consultado: [11-09-17]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM%20-Protocolos-de-enfermeria.pdf>
54. Mexicana NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. [Internet]. Consultado [9-12-16]. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227625/NORMA_Oficial_Mexicana_039_D_OF_01-05-17.pdf
55. NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos e inmunoglobulinas en el humano. [internet]. 2012. Consultado [5-12-16]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/nom-036-ssa2-2012->

prevencion-y-control-de-enfermedades-aplicacion-de-vacunas-toxoides-faboterapicos-e-inmunoglobulinas-en-el-humano

56. CDC. Vacunas e inmunizaciones. [Internet.] 2017. Consultado [9-12-16]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/inmunizacion/index.html>
57. OMS. Centro de prensa. Cobertura vacunal. [internet] 2017. Consultado [9-12-16] disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/es/>
58. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [internet]. Consultado: [10-08-17]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67411/1/a77102_spa.pdf Norma Oficial
59. FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva and MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva. **De los contextos de la práctica a la construcción del modelo de cuidados de enfermería de la familia**. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2009, vol.43, n.3, pp.615-621. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300017>
60. Prado Solar I. González R. Paz GN, Il Karelia Romero Bk. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014...scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
61. Arias C. herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Artículo de revisión Colombia medica.univalle.edu.co. Vol. 25, No 1 (1994) revistas.unam.mx
62. Gómez CF. Ponce RJ. Raúl E. Una nueva propuesta para la interpretación de Familia Apgar. (Versión en español) artículo de revisión. Aten Fam. [Internet] 2010;17(4):102-106. Consultado: [21-12-2016]. [Disponible en www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/21348.]
63. Colegio Jalisciense de medicina familiar a. C. XII Congreso estatal de medicina familiar Nuevas Estrategias en el estudio de salud familiar. disponible en [Residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/]. [Internet] Archivo PDF. consultado [28-12-2016].
64. Ibid.,63. p. 9
65. Ibid., 63. p. 16

-
66. Evan Sharp, Paul Sciarra y Ben Silbermann. Pinterest. Español. [Internet].2017. [consultado junio 2017]
Disponible en: <https://www.pinterest.com>

ANEXOS

ANEXO A

Cédula de Valoración para Caso De Familia, sustentado en la Teoría de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

AGEB: 058 A Colonia: PICOS IZTACALCO
Sector: _____
Apellidos de la Familia: S-F
Domicilio: PICOS 1A, MANZANA 8, LOTE 10, ANDADOR 3 Y CANAL DE TEZONTLE, DELEGACION IZTACALCO, CIUDAD DE MÉXICO
Calle No. Colonia
Teléfono: 0445525718114

1. Tipo de familia:

Nuclear () Seminuclear o monoparental (x) Extensa () Extensa Compuesta ()

2. ¿Cuántos hijos tienen? 3 MUJERES

3. Composición Familiar.

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD
NASIJH	MAMA	44	TERAPEUTA FISICO	LICENCIADA EN PEDAGOGÍA
MARTIN	PAPÁ	47	EMPLEADO	INGENIERO EN SISTEMAS
CHANTAL	HIJA	26	EMPLEADA	ESTUDIANTE DE MAESTRÍA
ANTONIO	YERNO	28	EMPLEADO	BACHILLERATO
NASHIJ	HIJA	21	ESTUDIANTE	LICENCIATURA
CORIMA	HIJA	20	ESTUDIANTE	LICENCIATURA
DEUS	NIETA	4	-	PREESCOLAR
MATEO	NIETO	1.5 AÑOS	-	GUARDERIA

4. Historia Familiar.

(Incluir experiencias que hayan ocurrido en la familia sobre divorcios, defunciones, pérdidas de empleo, etc. de 3 años a la fecha y que influyan en la dinámica familiar).

Evento	Si	No	Integrante de la familia	Motivo
Defunción		X		
Desintegración familiar		X		
Desempleo		X		
Enfermedad que afecta la dinámica familiar		X		

5. ¿Cuál es el ingreso mensual aproximado, de su familia?

Cantidad	OPCIÓN
De \$1,500 a \$3,500	
De \$3,500 a \$5,500	
De \$5,500 a \$7,500	
De más de \$7,500	xx

6. ¿Cómo es la relación de padres a hijos?

Excelente
 Buena
 Regular
 Mala

7. ¿Cómo es la relación entre hermanos? (Omitir en caso de hijo único)

Excelente
 Buena
 Regular
 Mala

b) Función de socialización.

8. ¿Qué roles cumplen los integrantes de la familia en el hogar?

PARENTESCO	Proveedor	Hogar	Estudiante
Padre	x		
Madre	x		
Hijo 1	x		
Hijo 2			x
Hijo 3			x
Hijo 4			x
Hijo 5			
Otros <small>YERNO</small>	x		

9. ¿Quien ejerce la disciplina en la familia?

Mamá
 Papá
 Ambos
 Otro

10. ¿Cómo la ejerce?

Verbal
 Física
 Ambos
 Ninguno

11. ¿Alguno de los integrantes de la familia tiene problemas con las personas que convive en el trabajo, escuela y hogar? (Si la respuesta pase a la valoración del estado nutricional)

SI (x) NO ()

12. ¿Dónde y con quién? INESTABILIDAD LABORAL DEL YERNO

13. Antecedentes Familiares.

Patologías	Padre	Madre	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos
Hipertensión arterial	NO	NO	NO	SI
Diabetes	NO	NO	NO	SI
Enfermedades renales	NO	NO	NO	NO
Cáncer	NO	NO	SI	NO
Enfermedades mentales	NO	NO	NO	NO

14. Problemas de Salud en la Familia

Enfermedades	SI	NO	Enfermedad/Integrante de la familia
Aguda (Enfermedad menor de 6 meses de evolución)		x	
Crónica (Enfermedad mayor de 6 de evolución)		x	

15. ¿Cómo considera el estado de salud de su familia?

Buena Mala Aceptable Pésima

REQUISITOS UNIVERSALES DEL AUTOCUIDADO

1. MANTENIMIENTO DE UN INGRESO SUFICIENTE DE AIRE

16. ¿Número de cuartos en la vivienda? 3

17. ¿Número de personas que duermen por cuarto? 3

18. ¿Número de ventanas por cuarto? 3 POR HABITACIÓN

19. ¿Algún miembro de la familia tiene problemas respiratorios?
(Si la respuesta es No pase a la pregunta 22)

Si () No (x)

20. Indique quién y qué problema tiene: NINGUNO

21. ¿Cocina con leña y/o carbón?
(Si la respuesta es No pase a la pregunta 24)

Si () No (x)

22. ¿Desde hace cuánto tiempo? _____

23. ¿Existe algún tipo de contaminante cerca del lugar donde vive? Si (x) No () Indique cuál POR AUTOS Y CONTAMINACIÓN AUDITIVA

24. ¿Algún miembro de la familia fuma? (Si la respuesta es No pase a la pregunta 27)
Si (x) No ()

25. Indique qué miembro de la familia, cantidad de cigarrillos fuma por día y tiempo que lleva de fumar 2 OCACIONAL

26. ¿Qué medidas específicas emplea la familia para protegerse de las enfermedades respiratorias durante la época invernal? (Si la respuesta es No pase a la pregunta 29)

Si (x) No ()

27. Medidas de protección

MEDIDA DE PROTECCIÓN	MARQUE CON UNA X LAS OPCIONES REFERIDAS
Consumo de cítricos	x
Vacunación de influenza	x
Uso de ropa a la época	x
Evitar cambios bruscos de temperatura	x

2. MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA SUFICIENTE DE AGUA

28. ¿Qué tipo de líquidos consumen cada integrante de la familia? (Seleccionar una opción de la tabla 1 para número de vasos)

Tipo de Bebida	No. de vasos ingeridos por día							
	Mamá	Papá	Hijo 1	Hijo 2	Hijo 3	Hijo 4	Hijo 5	Otro
Agua Potable	E	E	D	D	C	C	C	
Leche entera	B	B	B	B	B	B	B	
Leche semidescremada	-	-	-	-	-	-	-	
Café y/o té con azúcar	-	-	B	-	B	-	A	C
Café y/o té sin azúcar	B	B	A	A	A	A	A	-
Refresco	A	A	A	A	A	A	A	B
Refresco de dieta	A	A	A	A	A	A	A	B
Jugos de fruta natural	B	B	B	A	A	A	A	B
Jugos de fruta procesados	A	A	A	A	A	A	A	B
Bebidas alcohólicas	A	A	A	A	A	A	A	B
Bebidas deportivas	A	A	A	A	A	A	A	A

Tabla 1: Numero de vasos que se consumen al día.

Opción	No. de vasos al día
A	0
B	1-2
C	3-4
D	5-6
E	7-8
F	9 y más

29. El agua que consume su familia es:

De garrafón	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------

Directa de la llave	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------

Clorada Ir al inciso a.	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

Hervida Ir al inciso b.	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------

- a) ¿Cuántas gotas de cloro por litro le agrega? _____
 b) ¿Por cuánto tiempo la hierve? _____

30. ¿Tiene algún problema en el acceso de agua potable?
 Si () No (x)

3. MANTENIMIENTO DE UNA INGESTA SUFICIENTE DE ALIMENTOS

31. Valoración del estado nutricional

Integrante	Peso KG	Talla CM	IMC/Clasificación
			Bajo peso: <18.5, Normal: 18.5 a 24.9, Sobrepeso: 25 a 29.9, Obesidad grado I: 30 a 34.9, grado II: 35 a 39.9 grado III ≥ 40
Mamá	74	1.65	SOBREPESO POR IMC
Papá	85	175	OBESIDAD GII
Hijo 1	65	1.60	IMC 26.5 SOBREPESO
Hijo 2	60	1.59	IMC 22.64 NORMAL
Hijo 3	67	1.65	SOBREPESO
Hijo 4 NIETA			
Hijo 5 NIETO			
Otros			

32. ¿En la familia, quién prepara los alimentos que se consumen?

33. ¿Los integrantes de la familia, cuántos días a la semana comen en casa?

1-3 veces	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

4-6 veces	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

Toda la semana	<input checked="" type="checkbox"/>
----------------	-------------------------------------

Ningún día	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

34. Frecuencia de la Ingesta de alimentos:

Alimentos	A la semana	Nunca
Frutas y verduras.	DIARIO	
Cereales	4 POR SEMANA	
Leguminosas y alimentos de origen animal.	1 POR SEMANA	

35. ¿Algún miembro de la familia tiene algún problema gástrico? (Si la respuesta es No pase a la pregunta 38)
 SI () NO (x)

36. ¿Cuál y Quién? _____

37. ¿Qué medidas alimenticias adopta la familia cuando alguno de sus integrantes enferma del estómago? CONSULTA MÉDICA, MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS

4. PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON PROCESOS DE ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL

38. ¿Su vivienda cuenta con servicio de drenaje?
 SI (x) NO ()

39. Su vivienda cuenta con:

Taza de baño	<input checked="" type="checkbox"/>	Letrina	<input type="checkbox"/>
--------------	-------------------------------------	---------	--------------------------

40. ¿Con que frecuencia pasa el camión recolector de basura?

Días a la semana	Nunca
DIARIO	

41. ¿Clasifica la basura? (Si la respuesta es No pase a la pregunta 44)
 Si (x) No ()

42. ¿Cómo la clasifica y almacena?

Clasificación		Tipo de Almacenamiento		Lugar de almacenamiento	
Orgánica	<input checked="" type="checkbox"/>	Bote con tapa	<input checked="" type="checkbox"/>	Dentro de la casa	<input checked="" type="checkbox"/>
Inorgánica	<input checked="" type="checkbox"/>	Bote sin tapa	<input checked="" type="checkbox"/>	Fuera de la casa	<input checked="" type="checkbox"/>
No la separa	<input type="checkbox"/>				

43. ¿En su hogar ha habido presencia de plagas? Si (x) No ()
 (Si la respuesta es No pase a la pregunta 29)

44. ¿Cuál?

Ratas	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

Cucarachas	<input checked="" type="checkbox"/>
------------	-------------------------------------

Moscas	<input checked="" type="checkbox"/>
--------	-------------------------------------

Otros	<input type="text"/>
-------	----------------------

5. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

ACTIVIDAD FÍSICA Y LABORAL

45. Responda lo siguiente, en relación al trabajo de cada integrante:

Integrante	Tipo de trabajo que desempeña	Horas de trabajo al día	Días de descanso a la semana
Padre	OFICINA	8-10	2 SABADO Y DOMINGO
Madre	MASAJES Y TERAPIAS ALTERNATIVAS	4-5	2 SABADO Y DOMINGO
Hijo 1	EMPLEADA	8	2 SABADO Y DOMINGO
Hijo 2			
Hijo 3			
Hijo 4			
Hijo 5			
Otros	YERNO	8-12	VARIABLE 1-2 DIAS

46. ¿Realiza algún tipo de actividad física o recreativa? (Si la respuesta es No pase a la pregunta 49)
Si () No ()

47. Especifique.

Integrante	Tipo de deporte y/o actividad recreativa	Frecuencia/Tiempo
Padre	GIMNASIO	3 POR SEMANA
Madre	ZUMBA, YOGA	5 POR SEMANA
Hijo 1	-	-
Hijo 2	-	-
Hijo 3		-
Hijo 4		
Hijo 5		
Otros		

DESCANSO

Integrante	Siesta durante el día		Horas de sueño	¿Algún miembro de la familia tiene algún trastorno del sueño?			
	Si	No		Si (<input checked="" type="checkbox"/>)		No (<input type="checkbox"/>)	
				Dificultad para conciliar el sueño	Dificultad para permanecer dormido	Se queda dormido durante alguna actividad	Otros
Padre		<input checked="" type="checkbox"/>	6		-	-	-

Madre		NO	6-4	SI	SI	NO	-
Hijo 1		NO	6	NO	NO	NO	
Hijo 2		NO	6	NO	NO	NO	
Hijo 3		NO	6	NO	NO	NO	
Hijo 4	SI		8	NO	NO	NO	
Hijo 5	SI		10	NO	NO	NO	
Otros YERNO		NO		NO	NO	NO	

48. Responda lo siguiente.

6. MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCIÓN SOCIAL ESTRUCTURA FAMILIAR

a) Estructura de rol.

49. ¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

Mamá	<input checked="" type="checkbox"/>
Ambos	
Papá	<input checked="" type="checkbox"/>
Otro	

b) Sistema de religión y valores.

52. ¿Su familia, profesa alguna religión? (Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 54).
Si () No ()

53. ¿Cuál?

Católica () cristiana () Testigo de Jehová () protestante ()
Otra, especifique: _____.

c) Procesos de comunicación.

54. ¿Considera usted que existe comunicación entre los integrantes de su familia?
(Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 37)
Si () No ()

55. ¿Cómo considera que es la comunicación entre los integrantes de su familia?
Buena () Regular () Mala ()

d) Estructura del poder.

56. ¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

Mamá	
Ambos	<input checked="" type="checkbox"/>
Papá	
Otro	

57. ¿Alguno de sus integrantes tiene dificultad para relacionarse con la familia?
(Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 60)

SI (x) NO ()

58. ¿Quién? -- YERNO _____

59. ¿Por qué motivo? NO ACEPTA LA DINAMICA DE LA FAMILIA X _____

60. ¿Algún familiar le cuesta trabajo relacionarse fuera del núcleo familiar?
(Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 62)

SI () NO ()

61. ¿Quién? --- _____

62. ¿Por qué motivo? -- _____

63. ¿Cuántas veces se reúne la familia?

A la semana Al mes Al año Nunca

64. ¿Comúnmente, para qué se reúnen?

PARA COMER JUNTOS, DESCANSAR Y EN CELEBRACIONES FAMILIARES18

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

65. Signos vitales

INTEGRANTES	Frecuencia Respiratoria (x´)	Frecuencia Cardíaca (x´)	Tensión Arterial (mm/hg)	Temperatura (°C)
Papá	22	66	120/80	36.4
Mamá	18	70	114/74	36
Hijo 1	20	85	110/70	37
Hijo 2	18	80	100/60	36
Hijo 3	24	74	90/50	36.7
Hijo 4	28	100	90/60	36.9
Hijo 5	26	105	95/65	37
Otro				

66. ¿Utiliza algún tipo de medicina tradicional o alternativa?
(Si la respuesta es no, pasar a la pregunta 68)

SI (x) NO ()

67. ¿Cuál? MEDITACIÓN, MASAJES, AROMATERAPIA

68. ¿Acuden al médico sólo cuando están enfermos, o lo hacen de manera periódica?

PREVENCIÓN Y CURACIÓN

69. Alergias conocidas de algún integrante de la familia

NO

70. ¿Cada integrante de la familia cuenta con Cartilla Nacional de Salud?
(Si la respuesta es sí pase a la pregunta 72)

Si () No (xx)

71. ¿Quién? PAPA, Y MAMA _____

72. Su esquema de vacunación está:
(En caso de que el esquema esté incompleto pasar a la pregunta 74)

Completo

Incompleto

73. Especifique qué miembro de la familia tiene su esquema incompleto y cuáles vacunas faltan:

74. ¿Las mujeres que integran la familia, se han realizado el Papanicolaou? (Si la respuesta es no pase a la pregunta 76)

Si (xx) No ()

75. ¿Cuándo fue la última vez? 2016 _____

76. ¿Las mujeres que integran la familia, se realizan auto exploración de mama? (Si la respuesta es no, pase al apartado de "higiene")

Si (xx) No ()

77. ¿Con qué frecuencia? CADA 2 MESES _____

78. ¿Las mujeres de 40 años de edad, se han realizado la mastografía? (Si la respuesta es no, pase al apartado de "higiene")

Sí (x) No ()

79. ¿Cuándo fue la última vez? 2016 _____

80. ¿Los hombres mayores de 40 años de edad, se han realizado detección de antígeno prostático? (Si la respuesta es no, pase al apartado de "higiene")

Si (x) No ()

81. ¿Con qué frecuencia? CADA 2 AÑOS _____

Higiene

82. Los integrantes de la familia ¿Con qué frecuencia se bañan?

Diario (x) Cada tercer día () Una vez a la semana ()

83. ¿En qué momento se realiza el lavado de manos?

Antes de preparar alimentos	<input checked="" type="checkbox"/>	Antes de comer	<input checked="" type="checkbox"/>
Antes de ir al baño	<input type="checkbox"/>	Después de ir al baño	<input checked="" type="checkbox"/>

84. ¿Los integrantes de la familia, con qué frecuencia se lavan los dientes?

Después de cada comida (x) Antes de acostarse (x) 2 veces al día () No se los lavan ()

Prevención de accidentes

85. ¿Ha tenido algún tipo de accidente en el hogar en los últimos 6 meses? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 87)
SI () NO ()

86. ¿Qué tipo de accidente? _____

87. ¿Ustedes como familia, que hicieron ante ese accidente? _____

88. ¿Conocen los servicios de emergencia que están a su disposición?
(Si la respuesta es no, pase a la pregunta 90)
SI () NO ()

89. Mencione cuáles: _____

90. ¿Conoce los números de emergencia? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 92)
SI () NO ()

91. Mencione cuáles: 066, CRUZ ROJA, HOSPITALES CERCANOS, BOMBEROS Y POLICIA

92. ¿Identifica usted las medidas con las que cuenta en el hogar para la prevención de accidentes? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 94)
SI () NO ()

93. Mencione cuáles: _____

8. PROMOCIÓN DE FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO HUMANOS DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES (NORMALIDAD).

94. ¿Participan en los centros recreativos que tiene la comunidad? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 96)
SI () NO ()

95. Mencione cuáles: EN LAS REUNIONES DE SEGURIDAD DE LA COLONIA

96. ¿Con que frecuencia acude? OCACIONAL

97. ¿Qué miembro de la familia acude? MADRE

98. ¿Influye de manera positiva o negativa, en la familia? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta 100)
SI () NO ()

99. ¿Cómo? _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

100. ¿La familia, con qué tipo de servicio médico cuenta?

IMSS () ISSSTE () Seguro Popular () Gratuidad () Otro () Ninguno ()

101. ¿Algún miembro de su familia tiene discapacidad? (Si la respuesta es no, pase a la pregunta

103)

Si () No (x)

102. ¿Qué tipo de discapacidad tiene?

103. Mencione las medidas de autocuidado que lleva a cabo para mejorar o conservar su salud
VACUNAS, CONSULTAS MEDICAS, ALIMENTACION SANA, EJERCICIO, TERAPIAS ALTERNATIVAS, ESPIRITUALIDAD

FECHA: NOVIEMBRE 2016

ELABORO: MTRA. SILVIA GONZÁLEZ VILLANUEVA

Silvia GONZÁLEZ V

ANEXO B

Consentimiento Informado para Participantes en el Estudio de Caso de Familia

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este estudio de familia con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El Estudio de Caso de Familia es conducido por estudiantes de la Especialidad en Enfermería en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia cuya finalidad del presente estudio es conocer el estado de salud de la familia, para posteriormente realizar intervenciones con fines de mejora en la familia abarcando aspectos biológicos, físicos, medio ambientales, sociales.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista, así como participar en las intervenciones posteriores. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo, además de visitas para realizar intervenciones de prevención y detección de enfermedades. Lo que conversemos durante estas sesiones se escribirá en una cédula, de modo que el investigador pueda transcribir la información para su análisis, de la misma forma se solicita su consentimiento para tomar fotografías como evidencia académica.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda acerca del estudio de su familia, podrá realizar preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por SILVIA GONZÁLEZ. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es ACADÉMICO Y DE INTERVENCIONES EDUCATIVAS Y DE ACCIONES PREVENTIVAS DE ENFERMERÍA

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Adelaida Naschij Flores Pérez [Firma] 22/NOV/16
Nombre del Participante Firma del Participante Fecha
(En letras de imprenta)

C. Plan de visita domiciliaria

INSTITUCION	ENEO-UNAM ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD PUBLICA CENTRO DE SALUD DR JOSÉ ZOZAYA
Lugar	AGEB No 058A
Motivo de la visita	Realizar diagnóstico de salud de familia Realizar intervenciones de enfermería de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
Fecha	22, 23,24 de noviembre DE 2016 5 y 8 de diciembre de 2016 8 y 15 de abril de 2017 24 de junio de 2017
Hora	A disponibilidad del tiempo de la familia
Duración	1-2 horas minutos por visita
Familia visitada	Sonato Flores
Dirección	Picos 1 A, manzana 8, lote 10 Andador 3 y canal de Tezontle colonia Picos de Iztacalco, Del. Iztacalco, Ciudad de México
Recursos humanos	Enfermera: L.E.O. Silvia González Villanueva
Recursos materiales	Baumanómetro, estetoscopio, glucómetro y tiras reactivas para glicemia capilar y VIH cinta métrica, bascula, reactivos para VIH, formatos de riesgo de diabetes e hipertensión, cáncer de mama, folletos e infografías de información diferente, pluma, cámara fotográfica, computadora

D. Cronograma de visitas para el estudio de familia

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE 2016			DICIEMBRE 2016		ABRIL 2017		JUNIO 2017				
	DIA 22	DIA 23	DIA 24	DIA 5	DIA 8	Día 8	Día 15	Día 24	Día 24			
Visita a las familias probables sujetas de estudio												
Primera visita - Recabar firma de consentimiento informado para realizar las visitas a la familia seleccionada												
Segunda visita - Realizar encuesta de familia - Análisis de datos y detección de riesgos y fortalezas												
- Realizar actividades como somatometría, toma de signos vitales, IMC. Educación para la salud Con base a problemas detectados Revisión de cartillas de salud												
- Toma de glicemia capilar en ayunas, VIH - Elaboración de hoja de riesgos de hipertensión arterial y diabetes mellitus - Mostrar plato del buen comer y jarra del buen beber												
- Elaboración de un plan de alta - Canalización a redes de apoyo de acuerdo a la problemática encontrada - Retroalimentación												

PLANEADO



REALIZADO



E. Apgar familiar

En 1978, el Dr. Gabriel Smilkstein, diseñó un instrumento con el que poder analizar el estado funcional de la familia a través de la percepción que tienen de ella sus propios miembros.

El Doctor Smilkstein crea un acrónimo con 5 de las funciones familiares que consideraba más importantes con cada una de las letras.⁶¹

- Adaptación: Capacidad de usar recursos intra y extra familiares a fin de resolver problemas en situaciones de crisis.
- Participación: Implicación de los miembros en la toma de decisiones y responsabilidades familiares.
- Gradiente de recurso personal (Crecimiento): Logro alcanzado en la maduración emocional y física, y en la auto-realización alcanzada gracias al apoyo y al asesoramiento entre los miembros de la familia.
- Afecto: Relación de amor, cariño, respeto y atención existente entre los miembros familiares.
- Recursos: Compromiso de dedicación a los demás miembros familiares, en cuanto a espacio, tiempo, recursos económicos, atendiendo necesidades emocionales y físicas.

El encuestado debe señalar el grado en el que percibe estas funciones dentro de su unidad familiar. El puntaje oscila, para cada uno de los 5 factores, entre 0 y 4 puntos, siguiendo una clasificación de cinco opciones que varía de “nunca” a “siempre”.

La interpretación del puntaje obtenido es la siguiente:

- Función familiar normal: 17-20 puntos.
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos.

⁶¹ Arias C. herrera JA. El APGAR familiar en el cuidado primario de salud. Artículo de revisión Colombia medica.univalle.edu.co. Vol. 25, No 1 (1994) revistas.unam.mx.

- Disfunción severa: 9 puntos o menos.

	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad				x	
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite				x	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades				x	
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor etc.			x		
Me satisface como compartimos en mi familia a. El tiempo para estar juntos, b. Los espacios de la casa, c. El dinero				X	
PUNTUACION TOTAL	14 PUNTOS				

Los resultados que muestra el Apgar familiar son de 14 puntos con que se clasifica como disfunción leve, con déficit principal en la expresión de sentimientos y respuestas tal vez adecuada o pronta a los mismos, con una adecuada participación de la familia ante los problemas, los proyectos y el tiempo que comparten juntos, aunque esto podía ser mejor, hay adecuada adaptación, participación de los integrantes y buen uso los recursos económicos. El soporte de amigos es bueno, evidencia una función familiar normal (adaptación, crecimiento, tiempo y afecto). En cuanto al árbol familiar, la función familiar en la sociedad es desarrollada y débilmente participativa en cuestiones políticas.

F. Apgar familiar modificado

En esta escala hay cinco variables que evalúan la percepción del funcionamiento familiar mediante la exploración de su satisfacción de las relaciones que tiene con sus familiares. Instrucciones: marque con una equis (X) la manera en que usted percibe a su familia.⁶²

Propuesta de escala de calificación del Apgar familiar

Función familiar	Ordinal
Baja	0-3
Media	4-6
Alta	7-10

	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			X
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?		X	
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?		x	
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?		X	
¿Siente que su familia le quiere?			x

Calificación: casi nunca = 0; a veces = 1; casi siempre = 2

El resultado del Apgar familiar modificado nos muestra una familia con una función familiar buena por la calificación de 7, en esta escala se ha omitido el ítem de “siempre”, y la diferencia al Apgar original este ubica a la familia funcional que cumple con su rol social, y que no es perfecta, como tendría que calificarse en el Apgar original.

⁶² Gómez CF. Ponce RJ. Raúl E. Una nueva propuesta para la interpretación de Familia Apgar. (Versión en español) artículo de revisión. [Disponible en www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/21348.] Aten Fam. [Internet] 2010;17(4):102-106. [consultado: 21-12-2106]

G. Evaluación del subsistema conyugal

Evalúa exclusivamente la funcionalidad de la pareja, aborda las principales funciones que dicho subsistema debe llevar a cabo. A cada función se agrega un criterio cuantitativo de evaluación a través de algunos indicadores.⁶³

Calificación:

Sumando el puntaje total las disfunciones se califican de la siguiente manera:

00-40 pareja severamente disfuncional

41-70 pareja moderadamente disfuncional

71-100 pareja funcional

Total 80 puntos

FUNCIONES	NUNCA	OCASIONAL	SIEMPRE
Comunicación			
Se comunica directamente con su pareja	0	5	10
La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	0	5	10
Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	0	5	10
Adjudicación y asunción de roles			
La pareja cumple roles que se adjudican mutuamente	0	2.5	5
Son satisfactorios los roles que asume la pareja	0	2.5	5
Satisfacción sexual			
Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	0	5	10

⁶³ Colegio Jalisciense de medicina familiar a. C. XII Congreso estatal de medicina familiar [Nuevas Estrategias en el estudio de salud familiar](#) . disponible en [Residenciaumf48.weebly.com/uploads/1/3/3/4/13348619/]. [Internet] Archivo PDF . consultado [28-12-2016].

Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	0	5	10
Afecto			
Existen manifestaciones físicas de afecto a la pareja	0	2.5	5
El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	0	2.5	5
Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	0	2.5	5
Perciben que son queridos por su pareja	0	2.5	5
Las decisiones importantes para la pareja se toman en conjunto	0	7.5	15
Total		15	65

Para el caso de nuestra familia en estudio, obtiene una calificación de pareja funcional, en el aspecto de la comunicación, ésta es clara, utilizando diversos canales y es clara.

En la adjudicación de roles, la pareja está de acuerdo que la Señora Nashij asuma el papel de jefa de familia con el apoyo del padre, están de acuerdo en las decisiones que se toman, para el bien de la familia, consideran que en general son acertadas. Hay debilidad en el aspecto sexual de la pareja, si hay muestras físicas de cariño, perciben que el tiempo que conviven como pareja no es suficiente, esto se relaciona con los horarios complejos de trabajo, son respetuosos de las actividades de cada uno y de su superación personal.

H. Identificación y jerarquización de factores de riesgo

1. Magnitud: indica el carácter de gravedad, urgencia o alto riesgo de que el factor detectado puede ocasionar a la salud integral de la familia. Se debe priorizar el factor de riesgo por el cual la persona necesita ayuda. ⁶⁴

CRITERIO	CALIFICACIÓN
FACTOR DE RIESGO CONDICIONANTE PARA LA APARICIÓN DEL PROBLEMA EN LA SALUD FAMILIAR	3
FACTOR DE RIESGO DETERMINANTE PARA LA APARICIÓN DEL PROBLEMA EN LA SALUD FAMILIAR	2
FACTOR DE RIESGO ASOCIADO CON LA APARICIÓN DEL PROBLEMA O COMBINADO CON OTROS FACTORES PARA PODER OCASIONAR DAÑO A LA FAMILIA.	1
FACTOR DE RIESGO SIN RIESGO CON EL PROBLEMA O NO PROVOCA DAÑO EN LA SALUD FAMILIAR	0

2. Trascendencia:

Se refiere al hecho de que, al no ser atendido el factor de riesgo, puede ocasionar daño a la salud familiar durante un periodo dado.

CRITERIO	CALIFICACIÓN
EL FACTOR DE RIESGO PUEDE AFECTAR EN LA SALUD FAMILIAR DURANTE EL RESTO DE LA VIDA	3
EL FACTOR DE RIESGO PUEDE AFECTAR EN LA SALUD FAMILIAR EN FORMA PROLONGADA.	2
EL FACTOR DE RIESGO PUEDE AFECTAR EN LA SALUD FAMILIAR EN FORMA TRANSITORIA	1
EL FACTOR DE RIESGO NO AFECTA	0

3. Vulnerabilidad: hace alusión a la existencia de técnicas y procedimientos adecuados para abordar los factores de riesgo. Se clasifican de la siguiente manera

⁶⁴ Ibid., p. 9

CRITERIO	CALIFICACIÓN
EXISTEN INSTRUMENTOS TÉCNICOS Y PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS PARA ABORDARLOS	3
EXISTEN PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS QUE INDIRECTAMENTE INCIDEN SOBRE EL FACTOR DE RIESGO	2
EXISTEN SOLAMENTE PROCEDIMIENTOS INESPECÍFICOS	1
NO EXISTEN PROCEDIMIENTOS	0

4.Factibilidad: se refiere a la capacidad que se tiene de impactar sobre los factores de riesgo con los recursos disponibles. Se clasifican de la siguiente manera:

CRITERIO	CALIFICACIÓN
SE PUEDE MODIFICAR EL FACTOR DE RIESGO	3
SE PUEDE CANCELAR EL FACTOR DE RIESGO	2
SE PUEDEN ATENUAR LOS EFECTOS DEL FACTOR DE RIESGO	1
NO SE PUEDE INCIDIR SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO NI ATENUAR SUS EFECTOS	0

Factor de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Total
Sobrepeso en algunos integrantes de la familia	2	3	5
Periodos cortos de convivencia familiar	2	3	5
Riesgo asociado al entorno violento	2	2	3

Factor de riesgo	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
Sobrepeso en algunos integrantes de la familia	3	3	6
Periodos cortos de convivencia familiar	2	2	4
Riesgo asociado al entorno violento	1	1	2

Realizando la suma establecemos la prioridad de atención.

El sobrepeso ocupa el primer lugar, ya que, por un lado, es el principal factor de riesgo, por su magnitud y trascendencia, pero también en el que podemos incidir (5+6 puntos). Por la vulnerabilidad y factibilidad.

En todos aquellos factores de riesgo y/o problemas con muy alta magnitud y trascendencia, pero en los que la vulnerabilidad y factibilidad de su manejo en el primer nivel de atención sea baja, se deberá considerar la posibilidad de la referencia oportuna a otro nivel de atención, no obstante, la enfermera deberá continuar con el manejo del resto de los factores de riesgo de toda la familia. En

este caso la señora Nashij está consciente de la problemática de su familia, y se dedica a hacer comidas nutritivas y fomentar el ejercicio en todos los integrantes y se refuerza el aspecto de las colaciones por los periodos de ayuno prolongado que se asocian a los horarios y actividades. por otro lado, el problema del tiempo que dedican para convivir es corto, pero provechan todo momento para convivir como familia. En particular con su esposo se evidencia cierto alejamiento, situación que se está trabajando, para no llegar a un problema más grave como la separación.

El entorno violento es, sin duda es un factor determinante, para la aparición de problemas serios, pero en este no es factible influir. Solo fomentar la seguridad propia y de la casa, situación que la señora Nashij ha abordado de manera adecuada

I. Escala de Graffar-Méndez Castellanos.

Puntaje Interpretación

04-06 Estrato alto

07-09 Estrato medio alto

10-12 Estrato medio bajo

13-16 Estrato obrero

17-20 Estrato marginal

VARIABLES	PUNTOS	ÍTEMS
Profesión del jefe de familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, militares (si tienen un rango de Educación Superior
	2	Profesión técnica o superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabetea (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
Principal fuente de	1	Fortuna heredada o adquirida

ingreso de la familia	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación

Nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias

Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento.

Ésta escala es por demás interesante ya que toma en cuenta el nivel de instrucción de la madre, le da un peso importante a este rubro. ⁶⁵

Para el caso de la familia S-F, se ubica en un estrato medio alto con un puntaje de 8. Dado por el nivel de escolar de la señora Nashij.

⁶⁵ Ibid. p.16



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

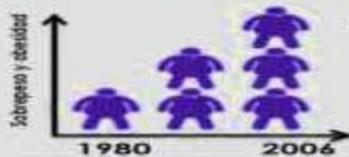
MTRA. SILVIA GONZÁLEZ VILLANUEVA

PLAN DE ALTA

El presente es una compilación de infografías, a modo de plan de alta, que a través de imágenes explícitas y textos concisos, tienen el objetivo brindar una información llamativa sobre temas de interés relacionados a la salud. Es un modo de agradecer su participación en la elaboración del estudio de caso de familia. Muchas gracias familia Sonato-Flores

Fuente: Evan Sharp, Paul Sciarra y Ben Silbermann. Pinterest. Español. [Internet]. 2017.
Consultado: [junio 2017] Disponible en: <https://www.pinterest.com>

Panorama del sobrepeso y la obesidad en México



Desde 1980, los índices de sobrepeso y obesidad se han triplicado.



En el mundo, 3 de cada 10 personas sufren de sobrepeso y obesidad. En México el promedio es de 7 de cada 10.



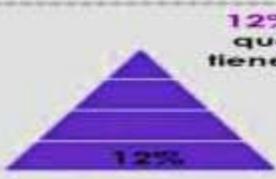
El país ocupa el 2do lugar en obesidad a nivel mundial y el 1er lugar en obesidad en mujeres.

1 de cada 4 niños mexicanos padecen de sobrepeso y obesidad.



México es el 1er consumidor de refrescos en el mundo, con un promedio de 163 lt. por persona al año, 40% más que EEUU, que ocupa el 2do lugar con 118 lt.

8 de cada 10 muertes en México son causadas por Enfermedades Crónicas No Transmisibles, como diabetes, hipertensión y cáncer (ligadas al sobrepeso y la obesidad).



12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes. El 90% de los casos son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

\$68 mil millones de pesos fue el costo total que tuvo el país por estos padecimientos en 2008. Se estima que esta cifra aumentará a \$150 mil millones en 2017, lo cual equivale a 5 veces el presupuesto de la UNAM.



¿CUÁNTO TIEMPO DEBEMOS DORMIR?

Según nuestra edad



El descanso es un indicador importante de bienestar del ser humano, sin embargo, las necesidades de sueño varían según la edad. Conoce las recomendaciones de los especialistas.

DURACIÓN DEL SUEÑO



SOBRE EL ESTUDIO
Fue elaborado por 10 científicos de la National Sleep Foundation de EUA.

SABÍAS QUE...
De acuerdo con especialistas, si los adultos duermen más de nueve horas al día aumenta 1.47 veces el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular.



INFLUENZA ESTACIONAL

¿QUE ES?

La influenza es una enfermedad respiratoria (afecta nariz, garganta y pulmones) causada por virus. Estos se clasifican en tipos A, B, y C.



¿CÓMO SE TRANSMITE?

De persona a persona, a través de gotitas de saliva producidas al toser o estornudar.

¿CUÁLES SON SUS SÍNTOMAS?

Los principales incluyen fiebre, escalofríos, tos, dolor de garganta, mucosidad nasal o nariz tapada, dolor muscular y de cabeza, cuerpo "cortado", fatiga (cansancio extremo), etc.



¿CÓMO PREVENIRLA?



Una de mejores formas para prevenir la influenza es vacunándose contra ella cada temporada; ya que la vacuna cambia anualmente dependiendo de los tipos de virus que circulen.



Lavarse frecuentemente las manos y evitar el contacto directo con personas enfermas también puede ayudar a prevenir la influenza.

RECOMENDACIONES



Como la influenza es causada por virus, el uso de antibióticos no tiene ningún efecto.

No automedicarse y acudir con un profesional de la salud es la mejor opción.



Instituto Nacional de Salud Pública

Fuente
CDC, UNAM, Medline Plus



CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es cada vez más frecuente y una de las principales causas de muerte en la mujer. No todas las mujeres que enferman de cáncer mueren, gracias a la detección temprana y a mejores tratamientos, por eso es importante que usted sepa cómo detectarlo.



¿Cómo se realiza la autoexploración?

De pie, observe:



- 1 Frente al espejo, busque cambios en la forma, tamaño o superficie de la piel; especialmente hundimientos, inflamación, enrojecimiento o ulceraciones.
- 2 Con las manos detrás de la cabeza y los codos ligeramente hacia adelante.
- 3 Con las manos en la cintura y los hombros hacia adelante.

Toque:



- 4 De pie, la mano derecha en la nuca, con la izquierda toque el pecho derecho. Comience desde arriba.
- 5 Revise toda la axila y al final apriete su pezón para ver si hay salida anormal de líquido. Explore el otro pecho de la misma manera.
- 6 Acostada con una almohada pequeña o toalla enrollada debajo del hombro derecho, ponga la mano derecha en la nuca, con la mano izquierda revise el pecho derecho, palpe de la misma manera que lo hizo estando de pie. Haga lo mismo para explorar su seno izquierdo.

Recomendaciones

- Para que sea útil, la autoexploración debe ser un hábito.
- Explórate 7 días después del inicio de tu menstruación.
- Si ya no reglas, hazlo en un día fijo del mes. Si olvidaste hacerlo en la fecha programada revisa tus pechos cuando te acuerdes.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Síguenos en www.imss.gob.mx



**Rutina básica
de ejercicio aeróbico**

Fase de calentamiento

Inicia con 5 a 10 minutos de movimientos suaves, que involucren cabeza, cuello, hombros, brazos, cadera y piernas.



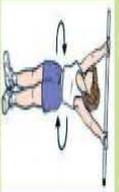
Eleva muslos, alternando las piernas



Haz círculos con los brazos, de manera individual y con ambos brazos al mismo tiempo



Haz círculos con tu cabeza, en ambas direcciones lenta y suavemente



Gira tu cintura



Extensión lateral



De puntas, estrate como si trataras de alcanzar algo

Fase intensa o aeróbica

Continúa con 10 a 40 minutos de ejercicios más intensos y vigorosos, esto te ayudará a mejorar la resistencia y funcionamiento del corazón y los pulmones.



Eleva las piernas a 45° del piso, realiza movimientos tipo pedaleo de bicicleta



Salta ligeramente sobre las puntas



Flexión y extensión del tronco al frente

Fase de enfriamiento o recuperación

Termina con 5 a 10 minutos en los que disminuirá paulatinamente la intensidad alternando con ejercicios suaves y de flexibilidad, con respiraciones profundas y lentas para desacelerar el ritmo cardíaco y pulmonar.



Flexiona la pierna, toca con la mano contraria, en forma alterna



Camina en círculos, realiza respiraciones profundas



Relaja y respira profundamente



¿QUÉ ES LA OSTEOPOROSIS?



Se caracteriza por baja densidad (consistencia) y deterioro continuo de los huesos, lo que produce fragilidad y mayor riesgo de fracturas.

Las fracturas causadas por osteoporosis son una de las principales causas de discapacidad, sobre todo en personas adultas mayores y cuando se afecta la cadera puede poner en riesgo la vida.

¿Qué le puede ayudar a prevenir la osteoporosis?

- Realizar actividad física.
- Consumo regular de alimentos con contenido de vitamina D y calcio, como por ejemplo: brócoli, col, lentejas, frijol y soya.
- Bajo consumo de sal.
- Evitar fumar y no consumir bebidas alcohólicas en exceso.
- Mantener su peso adecuado.

La osteoporosis por sí misma no produce síntomas, la consecuencia más grave es la fractura, por lo que se puede prevenir.

La obesidad y sus tipos



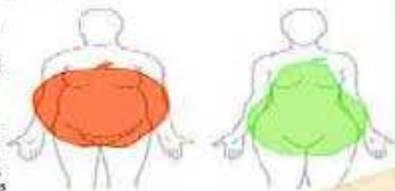
Por María Haydee Brenes
Infografía de Luis González

"Dime qué gordura tienes y te diré cómo bajar de peso". Parece increíble pero las obesidades son diferentes y, de acuerdo al tipo que padezca, será el tratamiento, el tipo de ejercicio y la dieta que usted deberá tener, de acuerdo con nutricionistas y entrenadores personales.

La obesidad se clasifica en dos grandes tipos, la obesidad central o androide y la obesidad periférica o ginoide.

1 La obesidad central o androide

Se caracteriza por la redondez del vientro, razón por la cual muchos le llaman "gordura de mexicana". Es la más grave y puede causar algunas importantes complicaciones patológicas e incluso la muerte. En la obesidad central se acumula grasa en el torso y predispone a trastornos y enfermedades metabólicas (diabetes tipo 2, dislipidemias y otras patologías graves).



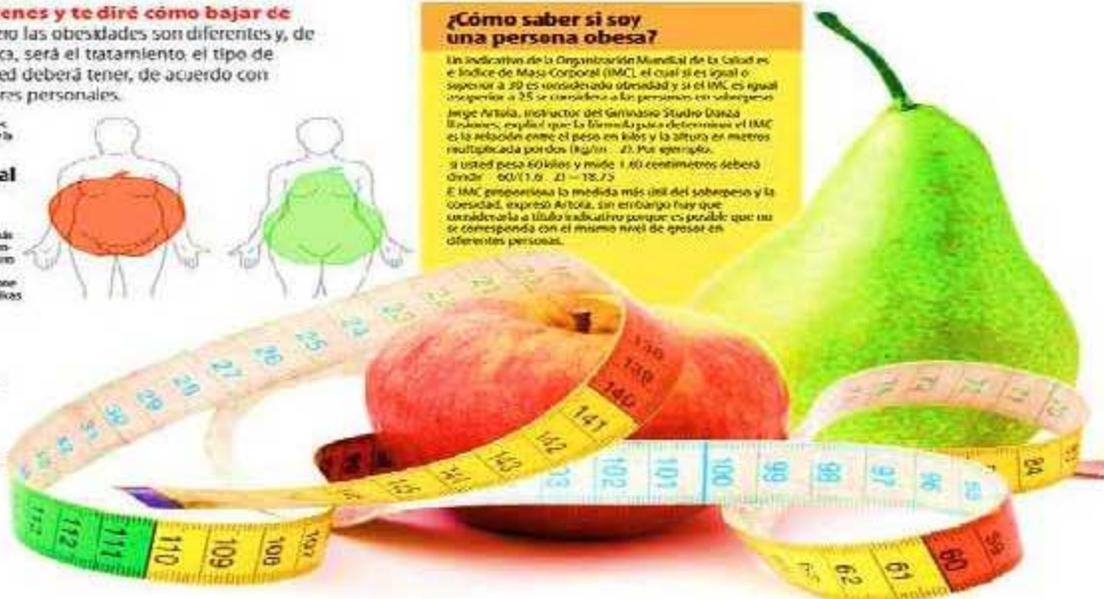
2 La obesidad periférica

Es aquella en la que el cuerpo parece una pera, pues es delgado en la parte superior y las extremidades inferiores son gruesas; esta acumula la grasa alrededor de la cintura y en los extremidades inferiores, especialmente en muslos, glúteos y pantorrillas, produce sobrepeso en las articulaciones, problemas vasculares y metabólicos, celulitis y otras patologías, generalmente menores que en la central, aunque también requieren una atención inmediata, ya que pueden agravarse y ser muy peligrosas para la salud.

¿Cómo saber si soy una persona obesa?

Un indicador de la Organización Mundial de la Salud es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual si es igual o superior a 30 es considerado obesidad y si el IMC es igual o superior a 25 se considera a las personas en sobrepeso. Jorge Artale, instructor del Gimnasio Studio Bailalo Bimboes, explica que la fórmula para determinar el IMC es la relación entre el peso en kilos y la altura en metros multiplicada por dos (kg/m²). Por ejemplo, si usted pesa 60 kilos y mide 1.60 centímetros deberá dividir 60/(1.6 x 2) = 23.75.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad, según Artale. Sin embargo hay que considerarla la talla real porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grasa en diferentes personas.





CUIDADOS GENERALES DE LOS PIES EN EL PACIENTE DIABÉTICO

Como paciente diabético, acude con tu médico si identificas alguna anomalía en tus pies:



Cáncer de próstata

¿Cuáles son los síntomas?

- Chorro de orina delgado
- Sensación de tener que orinar con más frecuencia, especialmente de noche
- Hacer más esfuerzo para orinar
- En la fase avanzada de la enfermedad puede haber sangre



Recomendaciones

- Si tienes más de 50 años de edad, acude con tu médico familiar para una valoración anual
- Si un familiar recibió un diagnóstico de cáncer de próstata antes de los 65 años, coméntalo a tu médico para que establezca el tratamiento a seguir

Recuerda

Es importante mantener un peso ideal, tener una alimentación avanzada y realizar actividad física de manera constante.





VACUNACIÓN

La vacunación protege no solamente a los niños, también es necesaria para los adultos.

Para conservar y proteger su salud es conveniente aplicarse las siguientes vacunas:

Toroides tetánico-diftérico (Td)

El tétanos es una enfermedad causada por infección de una bacteria que penetra a través de una herida y en ocasiones sus complicaciones originan la muerte.

La vacuna Td debe aplicarse si nunca se ha vacunado, o si sufre una herida. Se aplica al primer contacto, 4 semanas después y una tercera dosis al año.

Toroides tetánico, diftérico y pertussis acelular (Tdap)

La Tosferina es una enfermedad altamente contagiosa causada por la infección de una bacteria, se transmite por contacto directo con las secreciones de vías respiratorias de personas infectadas. Ocasiona una tos violenta e incontrolable que puede dificultar la respiración, a menudo se escucha un "estertor" profundo, cuando el paciente trata de tomar aire y es característico de la enfermedad.

Es recomendable vacunar a las embarazadas en el segundo y tercer trimestre del embarazo. La aplicación de la vacuna debe ser en intervalos de cada 10 años para asegurar una protección permanente.

Anti influenza estacional

Previene la influenza, que es una enfermedad viral que se conoce también como gripa, se diferencia del catarro común porque tiene síntomas más severos, como fiebre mayor de 38° C, dolor de cabeza, dolor de músculos, síntomas respiratorios y puede complicarse con neumonía y muerte. La influenza se presenta con mayor frecuencia durante la temporada invernal y la vacuna se fabrica especialmente cada año.

Se recomienda aplicar esta vacuna anualmente a partir de los 6 meses de edad.

Anti sarampión - anti rubéola (SR)

El sarampión y la rubéola son enfermedades virales que se contagian por gotitas de saliva a través de las vías respiratorias. Además de las lesiones en la piel, el sarampión es una enfermedad contagiosa que ocasiona neumonía, sordera e infección en el cerebro y muerte.

Se aplica al año y después a los 6 años de edad. No se recomienda aplicar esta vacuna en mujeres embarazadas que no hayan sido vacunadas con anterioridad.





SOBREPESO Y OBESIDAD

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA

La aparición de enfermedades se encuentra relacionada con la cantidad y forma de distribución de la grasa en el organismo. Básicamente hay dos formas en las que se acumula la grasa.

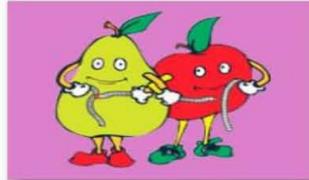
En forma de pera

Es cuando **la grasa se acumula en la cadera y los muslos**. Este tipo de obesidad está relacionada con **dolor de rodillas** y aparición de **várices en las piernas**.



En forma de manzana

La grasa se distribuye a nivel de la cintura y predispone a desarrollar diabetes, **presión alta**, **cáncer de colon**, elevación de **colesterol y triglicéridos** (grasas en sangre), **infartos**, **embolias** y muerte prematura por **enfermedad cardiovascular**.



PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS

Es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que usualmente ataca los pulmones, por lo que se conoce como tuberculosis pulmonar, aunque puede afectar otras partes del cuerpo.



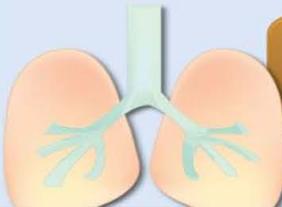
¿CÓMO SE CONTAGIA LA ENFERMEDAD?

Se transmite por vía aérea mediante gotitas de saliva que los enfermos de tuberculosis expulsan al hablar, toser o estornudar.



¿CÓMO SABER SI TENGO LA ENFERMEDAD?

Los síntomas principales son: tos con o sin flemas, fiebre y sudores nocturnos, conforme va avanzando la enfermedad, se presenta pérdida de peso, dolor de pecho y flemas con sangre y si no se recibe el tratamiento adecuado, el 50% de los enfermos puede morir dentro de los 5 años siguientes al inicio de la enfermedad y el otro 50% quedar con daños importantes.



Si piensas que estás enfermo de tuberculosis, acude con tu médico inmediatamente y solicita atención. La tuberculosis es mortal pero puede curarse.





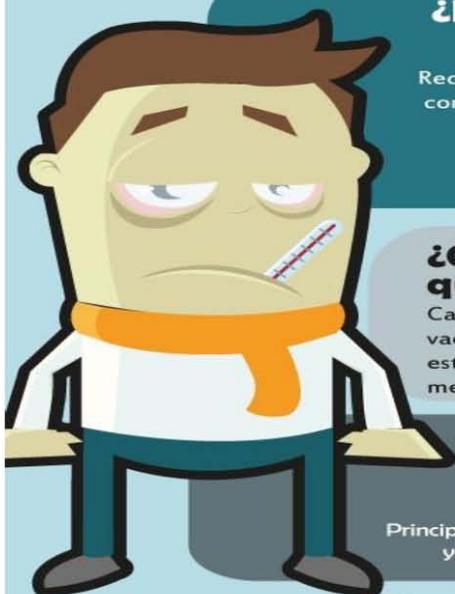
Vacuna Contra la Influenza Estacional

¿Qué es la influenza?

Es una infección respiratoria viral grave, que puede llevar a la hospitalización y muerte.

¿Para qué sirve la vacuna?

Reduce las probabilidades de contagiarse con el virus de la Influenza Estacional y contagiar a otros.



¿Cuándo tenemos que vacunarnos?

Cada año. El periodo de vacunación inicia en octubre; este año se intensificará en el mes de noviembre.

¿Cómo prevenirla?

Principalmente con la vacunación y realizar medidas higiénicas.

¿Dónde debemos vacunarnos?

En las Unidades de Medicina Familiar.

¿Quienes debemos de vacunarnos?

Niños de 6 meses a 9 años, mayores de 60 años y pacientes con factores de riesgo (Obesidad mórbida, Diabetes Mellitus, Problemas del corazón, VIH/sida, Asma descontrolada, Cáncer).

Cáncer de próstata

¿Cuáles son los síntomas?

- Chorro de orina delgado
- Sensación de tener que orinar con más frecuencia, especialmente de noche
- Hacer más esfuerzo para orinar
- En la fase avanzada de la enfermedad puede haber sangre

Recomendaciones

- Si tienes más de 50 años de edad, acude con tu médico familiar para una valoración anual
- Si un familiar recibió un diagnóstico de cáncer de próstata antes de los 65 años, coméntalo a tu médico para que establezca el tratamiento a seguir

Recuerda

Es importante mantener un peso ideal, tener una alimentación avanzada y realizar actividad física de manera constante.

INFARTO DEL CORAZÓN

El ataque al corazón, ataque cardiaco, paro cardiaco o infarto, se manifiesta cuando se obstruye el flujo de sangre al corazón y si no se restablece rápidamente, el músculo cardiaco comienza a morir o necrosarse.

Síntomas

- Dolor intenso en el pecho**
- Sensación de opresión intensa en el pecho**
- Dolor se puede extender al brazo izquierdo y el cuello**
- Sudoración abundante**
- Fatiga extrema**
- Náusea y vómito**

Selaela GONZÁLEZ V