



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

“SISTEMA DE APOYO EDUCATIVO EN UNA UNIDAD
MULTIPERSONAL CON ANTECEDENTES DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR Y OBESIDAD”

ESTUDIO DE CASO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA PRESENTA:

LIC. ENF. MARGARITA TORRES GARCÍA

ASESORA: MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ.



MÉXICO D.F. JUNIO DE 2008.



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.

Dedicatorias.

Para mi hijo José Francisco Lobera Torres.

Agradecimientos.

A dios por todo lo que me ha dado.

A mi madre Sra. Irene García Segura por impulsarme a la superación.

A mi esposo por su apoyo en los momentos más difíciles

A mis hermanas Sara y Elvira porque sin su apoyo no hubiera iniciado y concluido el proyecto.

A Lourdes y Oliva por motivarme a iniciar el curso.

A mis profesores Mtra. Lilitana González, Mtro. Ezequiel Canela, Mtro. Rey Arturo, Lic. Judith Espinoza por compartir sus conocimientos.

A mis 11 compañeros de grupo por el privilegio de haber compartido el aula con ustedes.

CONTENIDO

➤ Introducción.	3
➤ Objetivos.	4
CAPITULO 1	
➤ Marco teórico conceptual.	5
◆ El proceso de enfermería.	5
◆ Teoría general del déficit de autocuidado.	13
◆ Familia.	19
◆ Obesidad.	27
◆ Violencia intrafamiliar.	32
CAPITULO 2.	
➤ Marco teórico referencial.	38
CAPITULO 3.	
➤ Consideraciones éticas.	40
CAPITULO 4.	
➤ Metodología.	42
CAPITULO 5.	
➤ El proceso de enfermería aplicado a la familia.	44
◆ Valoración.	44
◆ Diagnóstico.	50
◆ Planeación.	51
◆ Ejecución.	52
◆ Evaluación.	52

CAPITULO 6.

- Conclusiones y sugerencias. 62

APÉNDICES.

- Apéndice A: Croquis de manzana de trabajo. 63
- Apéndice B: Díptico. 64
- Apéndice C: Cartel. 65
- Apéndice D: Instrumento de valoración. 66
- Apéndice E: Instrumento de planeación. 75
- Apéndice F: Cronograma de actividades. 77
- Apéndice G: Genograma. 78
- Apéndice H: Mapa de relaciones familiares. 79

BIBLIOGRAFÍA 81

INTRODUCCIÓN.

El estudio de caso familiar tiene como propósito proporcionar cuidado especializado encaminado a cubrir necesidades básicas, basada en la orientación teórica del Auto cuidado de Dorothea Orem, a fin de prevenir riesgos para la salud y propiciar la auto responsabilidad por la salud familiar.

Uno de los ejes que fundamentan el estudio de caso es el Proceso Atención de Enfermería definido como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros (Alfaro, 2005); con el objetivo principal de proporcionar un sistema de cuidado dentro del cual se puedan incidir en la promoción a la salud de la persona, familia y comunidad (Iyer y Taptich, 1997).

El segundo eje fundamental para el estudio de caso lo constituye la aplicación de un modelo teórico. En este caso la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorotea Orem (1993), misma que conceptualiza a la familia como una unidad multipersonal o bien una unidad de cuidado dependiente, donde se incluye a aquellas unidades estructuradas menos permanentes como grupos de casas hogar, grupos de autoayuda, grupo de embarazadas, etc.

La familia conceptualizada como la unidad básica de la sociedad, es quien desempeña un papel importante en la formación de creencias y prácticas de salud de cada uno de sus miembros (Kozier, 1999); y además funciona integralmente así es que, cuando uno de sus miembros padece una enfermedad, tiene efecto en el resto de los integrantes (Klainberg, 2001); por lo anterior, es necesario revisar, las teorías para el estudio familiar, que permitan comprender a la familia como sujeto de cuidados.

Las teorías de familia utilizadas para el estudio de caso son: la teoría del Desarrollo de Duvall (1977), la teoría de Sistemas, y la teoría Estructural Funcionalista, con el objetivo de determinar como el grado de funcionamiento familiar, la estructura familiar y la interacción entre los miembros del sistema familiar interfieren o favorecen el proceso de cuidado.

Se incluye un marco teórico - conceptual, donde se abordan los elementos que fundamentan el quehacer de la enfermera especialista. Así mismo se describe la metodología empleada desde la elección de la familia, hasta la evaluación del proceso de cuidado. Se incluye el plan de intervenciones especializado de enfermería aplicado a la familia.

Por otro lado el presente estudio de caso evidencia los determinantes de salud en una familia de bajos recursos económicos, bajo nivel de escolaridad, con antecedentes de violencia intrafamiliar y sobrepeso y obesidad, sistema en el que algunas necesidades de salud no son sentidas.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO.

OBJETIVO GENERAL.

Proporcionar cuidados especializados de enfermería en una familia con problemas de violencia intrafamiliar y obesidad, a través de la integración del proceso de enfermería, la teoría general del Déficit de Autocuidado y el modelo de valoración familiar de Friedman.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Implementar intervenciones de enfermería encaminadas a incidir en mejorar la autoestima de la paciente índice (ayudar a la paciente a identificar y expresar sus virtudes).
- Propiciar el acercamiento de la familia a un grupo de autoayuda.
- A partir del plato del buen comer describir alternativas factibles en la familia que le permitan lograr una dieta equilibrada.
- Sensibilizar el autocuidado para la prevención de la Diabetes Mellitus.
- Proporcionar consejería que permita implementar acciones de autocuidado para prevenir accidentes en los niños de la familia.
- La paciente índice conocerá e implementará medidas de prevención en relación a las enfermedades gastrointestinales.

CAPITULO 1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

1.1. El Proceso de Enfermería.

1. Desarrollo histórico.

Se estima que en el año de 1955 Lydia Hall durante una conferencia en Nueva Jersey, afirmó “La asistencia sanitaria es un proceso que tiene como proposiciones fundamentales” *al paciente, para el paciente y con el paciente*, (Yura y Walsh, citado por Hernández-Conesa, 2003). Hall propone que las personas son el objeto en que se aplican los cuidados enfermeros, el objetivo de estos cuidados, y participa activamente en los mismos.

Ida Orlando en 1961 presenta su obra titulada *La relación dinámica enfermera – paciente*, propone la realización de actividades deliberadas y la distinción entre éstas y las actividades automáticas que pueden llegar a formar parte del ejercicio de enfermería; fue una de las primeras autoras que utilizó el término *Proceso de la Asistencia Sanitaria* hoy conocido como Proceso de Enfermería.

En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases (Iyer y Taptich, 1997).

2. Definición.

El proceso de Enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud. El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, de la familia y de la comunidad (Iyer y Taptich, 1997).

El Proceso Atención de Enfermería constituye una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, promueve unos cuidados humanísticos centrados en unos objetivos. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo. Consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Alfaro, 2005). Para Hernández-Conesa (2003) es una serie determinada de acciones diseñadas para preservar el bienestar de la persona y evaluar la calidad de los servicios prestados.

3. Características del proceso de enfermería.

El objetivo principal es promover, mantener o recuperar la salud o ayudar a los pacientes a lograr una muerte pacífica; por otra parte, permite a los individuos y grupos dirigir sus propios cuidados de salud hasta el máximo de sus capacidades (Ostiguin y Velásquez, 2001).

El proceso de Enfermería es sistemático, consta de cinco pasos en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para extremar la eficiencia y obtener resultados beneficiosos a largo plazo; dinámico, a medida que se adquiera experiencia, podrá moverse hacia atrás y hacia adelante; es humanístico porque a medida que planificamos y brindamos cuidados debemos considerar los intereses, valores y deseos específicos del usuario; está centrado en los objetivos (Alfaro, R; 2005), y basado en teorías (Iyer y Taptich, 1997).

Sustenta la calidad del cuidado que brindan los profesionales, debido a su construcción lógica y sistematizada permite a la enfermera demostrar sus competencias para discernir, tomar decisiones y actuar para el cuidado de personas, familias y comunidad (Andrade, 2004).

El uso del Proceso de Enfermería tiene consecuencias para la profesión de la enfermería, para el paciente y para el profesional de enfermería. En sentido profesional, el Proceso de Enfermería define el alcance de la práctica de la enfermería e identifica las directrices de los cuidados de enfermería. El beneficio del uso del Proceso de Enfermería para el paciente radica en que le permite participar en sus cuidados, además de que le asegura la calidad del cuidado. En el profesional de enfermería genera una mayor satisfacción por el trabajo y aumenta el desarrollo profesional (Iyer y Taptich, 1997).

4. Etapas del proceso de enfermería.

4.1. Valoración.

Alfaro (2005) la refiere como el primer paso para determinar el estado de salud, se hace por medio de la entrevista y examen físico que permitan tener una imagen clara del estado de salud de una persona, incluyendo las ideas, valores y sentimientos a través de los cuales se identifican las necesidades de la persona (Hernández-Conesa, 2003) consta de cinco fases:

Recogida de datos. Reunir información sobre el estado de salud.

- a) Validación (verificación de los datos). Comprobar que los datos son exactos y completos.
- b) Organización de los datos. Agruparlos en grupos de información que ayuden a identificar patrones de salud o enfermedad.
- c) Identificación de patrones/comprobación de las primeras impresiones.
- d) Concepción de ideas acerca de los patrones de funcionamiento y focalización de su valoración para obtener más información.

e) Informe y anotación de los datos. Informar de los datos significativos, y completar el registro.

Tipos de valoración.

La valoración puede ser básica que se refiere a la información general reunida en el contacto inicial con la persona para valorar todos los aspectos de su estado de salud; y focalizada, es decir, exploración de un dato de particular interés.

Fuentes de valoración.

Los datos pueden ser obtenidos del propio paciente, es decir, la fuente primaria; y de todas aquellas personas y documentos que tengan relación con la persona de estudio a los que se pueda tener acceso, también llamados fuente secundaria.

Datos de la valoración.

Los datos subjetivos son los síntomas que la persona expresa sentir, no se pueden medir; mientras que los datos objetivos son aquellos datos susceptibles de medición, por ejemplo, los signos vitales.

Para evitar pasar por alto problemas del paciente, use un modelo enfermero holístico y los sistemas corporales para agrupar los datos (Alfaro, 2005).

4.2. Diagnóstico.

La primera conferencia para la clasificación del Diagnóstico de enfermería tuvo lugar en 1973, existiendo en su forma actual desde 1983. Desde finales de la década de 1970 los diagnósticos se organizan en nueve patrones de Respuesta Humana que reflejan la interacción de las personas y su entorno (Hernández-Conesa, 2003).

Definición.

Juicio clínico y aplicación del pensamiento crítico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales que requiere conocimientos, experiencia y habilidades. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr los resultados de los que el profesional de enfermería es responsable (Alfaro, 2005).

El diagnóstico es esencialmente un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia o la comunidad ante problemas de salud, es una declaración del estado de una persona (respuesta humana) que las enfermeras son capaces y legalmente responsables de identificar (Moritz, citado por Ostiguin, 2003).

Diagnóstico



Identificación de los problemas
Identificación de los factores de riesgo
Predecir los problemas/complicaciones potenciales
Identificar los recursos y puntos fuertes

Razones para ser considerado el eje central del proceso enfermero (Alfaro, R; 2005:80):

1. La exactitud y relevancia de todo el plan dependen de la habilidad de la enfermera para identificar de forma clara y específica tanto los problemas como su causa. Diagnosticar incorrectamente el problema o la causa que lo provoca es probable que la enfermera intervenga de manera equivocada.
2. Crear un plan proactivo que promueva la salud y prevenga los problemas antes de que se presenten depende de la capacidad para reconocer los factores de riesgo.
3. Los recursos y puntos fuertes que identifica la enfermera son la clave para reducir los costes y maximizar la eficiencia.

Tipos de diagnóstico.

Para Iyer y Taptich (1997) existen tres tipos de diagnóstico de enfermería:

- **Diagnóstico real.** Juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.
- **Diagnóstico de alto riesgo.** Juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación similar.
- **Diagnóstico de bienestar.** Juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Componentes del diagnóstico de enfermería.

Gordon fue quien definió los componentes del diagnóstico de Enfermería como "síndrome PES" (Hernández-Conesa, 2003:155).

PROBLEMA + ETIOLOGÍA + SIGNOS Y SINTOMAS.

La construcción del diagnóstico considera tres partes (Iyer, T y Taptich., 1995).

Respuesta humana o problema, entendida como la forma particular que tiene una persona para responder a un estímulo, la expresión más amplia de la salud de la persona, que se pueda prevenir, alterar o aliviar mediante intervenciones de enfermería.

La segunda parte esta conformada por los **factores relacionados, causa o etiología**; en este punto se incluye la causa deducida y que puede sugerir intervenciones de enfermería, son datos clínicos y no patologías o diagnósticos médicos

La tercera y última parte la constituyen las **manifestaciones o síntomas** en donde se registran los datos clínicos que apoyan o evidencian la respuesta humana o problema.

ESTRUCTURA DE LOS DIAGNÓSTICOS
Diagnóstico real: Respuesta humana + factor relacionado + manifestación.
Diagnóstico de riesgo: Respuesta humana + factor relacionado.
Diagnóstico de salud: Disposición para mejorar.

Modificado de Hernández-Conesa, J. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método.

Consideraciones para redactar un diagnóstico de enfermería. (Iyer y Taptich, 1997):

1. Escribir el diagnóstico pensando en la respuesta del cliente y no en las necesidades de enfermería.
2. Utilizar “relacionado con” en lugar de “debido a” o “causado por” para conectar los dos enunciados del diagnóstico.
3. Escribir el diagnóstico en términos legalmente aceptables.
4. Evitar hacer juicios de valor.
5. Evitar la inversión de los enunciados del diagnóstico.
6. Evitar el uso de indicios aislados en la primera parte del enunciado del diagnóstico.
7. Los dos enunciados del diagnóstico no deben significar lo mismo.
8. Expresar el factor relacionado en términos que puedan ser modificados.
9. No incluir diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería.
10. Exponer el diagnóstico en forma clara y concisa.

4.3. Planificación.

De acuerdo con Hernández Conesa (2003) consiste en el establecimiento de prioridades, determinación de objetivos, determinar las intervenciones enfermeras y anotación del plan.

Plan de cuidados.

Alfaro (2005) refiere que el plan de cuidados tiene cuatro objetivos principales: promover la comunicación entre los cuidadores; dirigir los cuidados y la documentación; crear un registro que posteriormente pueda ser usado para la

evaluación, investigación y propósitos legales; y proporcionar información sobre las necesidades en cuidados de la salud para determinar se su coste exacto.

Principales componentes del plan de cuidados.

1. Objetivos (resultados deseados). ¿Qué resultados se esperan conseguir y cuándo se espera lograrlos?
2. Problemas reales y potenciales. ¿Cuáles son los diagnósticos y problemas reales y potenciales que deben abordarse para asegurar un plan de cuidados seguro y eficiente?
3. Intervenciones específicas. ¿Qué va hacer para prevenir o manejar los principales problemas y lograr los resultados deseados?
4. Evaluación/notas de curso. ¿Dónde puedo averiguar cómo esta respondiendo la persona al plan de cuidados?

Determinación de prioridades.

Es necesaria la capacidad de decidir cuáles son los problemas que necesitan atención inmediata y cuáles pueden esperar; qué problemas son responsabilidad de la enfermera y que problemas debe referir a otro profesional; qué problemas tratará usando planes estandarizados; los problemas que no están cubiertos por los planes o protocolos estándar pero deben tratarse para asegurar una estancia hospitalaria segura y que el alta se produzca a su debido tiempo.

Objetivos.

De acuerdo con Alfaro (2003), el objetivo describe lo que la enfermera espera observar en la persona que demostrará que se ha beneficiado de los cuidados enfermeros.

Los propósitos principales de los objetivos se presentan a continuación:

1. Son la vara de medir el plan de cuidados. Se mide el éxito del plan de cuidados determinando si se han conseguido los resultados deseados.
2. Dirigen las intervenciones. Qué se pretende conseguir antes de poder decidir cómo lograrlo.
3. Son factores de motivación. Tener un marco temporal específico para hacer las cosas.

Estándares para los objetivos ANA 1998.

- a) Derivan de los diagnósticos.
- b) Se anotan usando términos mesurables.
- c) Cuando es posible se formulan conjuntamente con el cliente y los demás proveedores de cuidados de la salud.
- d) Son realistas en cuanto a las capacidades actuales y potenciales del cliente.
- e) Pueden lograrse con los recursos de que dispone el cliente.
- f) Están escritos de forma tal que incluyen el momento en que se espera conseguirlos y proporcionan directrices para la continuidad de los cuidados.

Determinación de intervenciones específicas.

Las intervenciones se centran en las actividades necesarias para el fomento, conservación o restablecimiento de la salud del cliente (Iyer, T y Taptich, 1997;186).

Las intervenciones enfermeras suelen clasificarse en dependiente, interdependientes, e independientes; el primer tipo de intervención es aquella en la que el profesional de Enfermería ejecuta el tratamiento facultativo, las interdependientes son llevadas a cabo junto con otros profesionales del equipo de salud, y las intervenciones independientes de enfermería son aquellas actividades que la enfermera puede realizar sin necesidad de una orden médica (Hernández-Conesa, 2003).

Anotación del plan.

El último paso en la planificación lo constituye la documentación que puede realizarse en un plan de atención individualizado, estandarizado o informatizado y cuyo propósito es procurar cuidados eficaces y continuos (Hernández-Conesa, J; 2003).

4.4. Ejecución.

La ejecución o puesta en marcha del plan incluye (Alfaro, R; 2005):

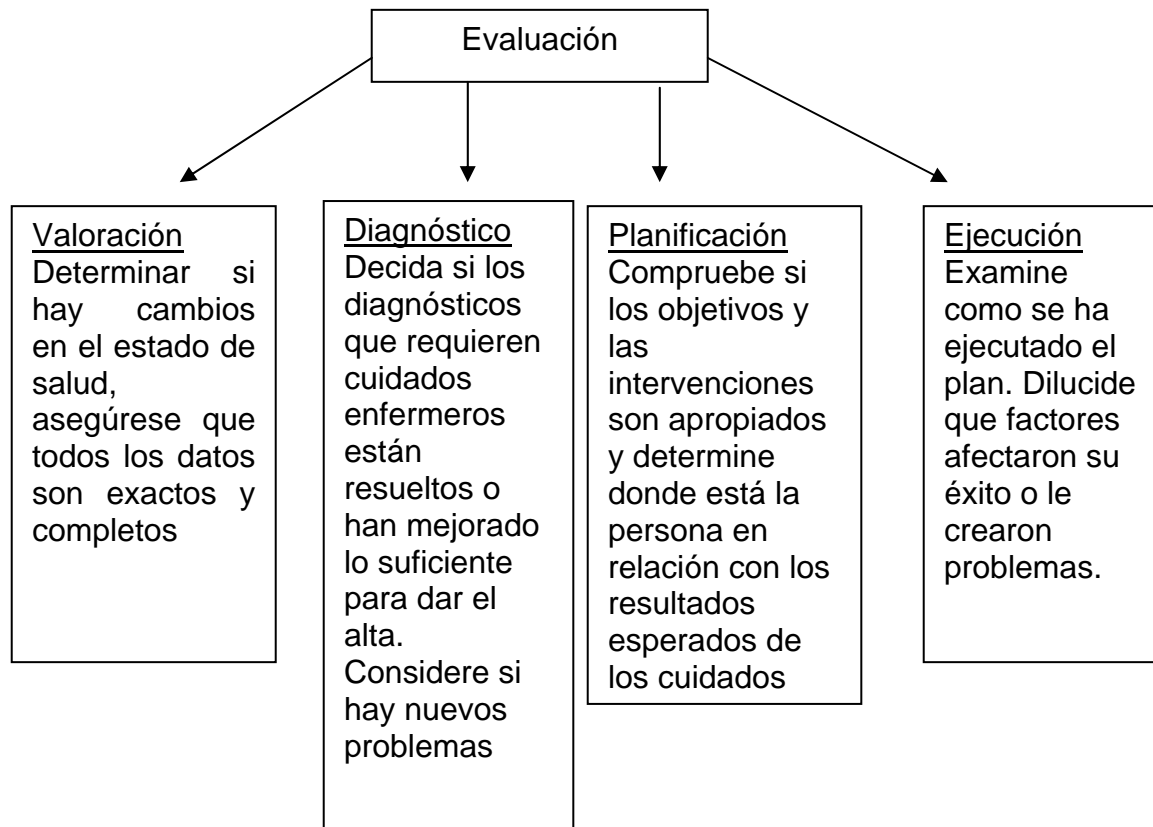
1. Prepararse para dar y recibir un informe de alguien que ha puesto en marcha el plan en su ausencia.
2. Establecer prioridades diarias. Identificar los problemas que requieren atención inmediata y emprender las intervenciones necesarias, verificar la información que ha recibido durante el informe, decida que puede hacer por sí mismo el enfermo o la familia.
3. Valorar y revalorar. Para garantizar la seguridad de la persona debe controlar de cerca las repuestas a las intervenciones para determinar la adecuación del plan de cuidados.
4. Realizar las intervenciones enfermeras. Significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.
5. Registro. El propósito del registro es comunicar los cuidados a otros profesionales de la salud; ayuda a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación; proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejora en la calidad de los cuidados; como documento legal; validación para el pago de los servicios.

4.5. Evaluación.

Es la fase que determina la calidad de los cuidados prestados, obliga la revisión de todos y cada uno de los pasos establecidos por el proceso de enfermería y permite apreciar tanto los progresos experimentados por el paciente como la adecuación de las intervenciones enfermeras (Hernández-Conesa, 2003). Una vez que haya completado estos pasos, puede decidir si hay que continuar con el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

Evaluación de un plan de cuidados.

Para Alfaro (2005), evaluar un plan de cuidados incluye realizar todos los pasos del proceso enfermero, como se muestra en el siguiente diagrama.



Es necesario determinar el logro de los objetivos, identificar las variables que afectan el logro de los objetivos, decidir si hay que mantener, modificar o dar por finalizado el plan.

Alfaro (2005) propone considerar tres tipos de evaluación

- **Evaluación de los resultados.**
- Se centran en los resultados u objetivos de los cuidados (¿se alcanzaron los objetivos? ¿Las personas están satisfechas con los cuidados?).
- **Evaluación del proceso.**
- Se centra en como se brindaron los cuidados (las valoraciones e intervenciones, ¿se hicieron consistentemente y a tiempo?).

- **Evaluación de la estructura.**
- Se centra en el entorno en el que tienen lugar los resultados (el entorno físico, la plantilla del personal y las prácticas de organización de la comunicación, ¿fueron los adecuados para un eficaz manejo de los cuidados?).

1.2. TEORIA GENERAL DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

Dorothea E. Orem.

Referencias y antecedentes personales

Dorothea Elizabeth Orem, nació en Baltimore, Maryland en 1914. Inicio su carrera profesional, en Washington, D. C., donde obtuvo el diploma de Enfermería a principios de la década de 1930. Continúo después su formación y consiguió B.S.N. DE The Catholic University of América en 1939 y el M.S. de educación de enfermería en esta misma universidad en 1945 (Marriner, 2007).

En 1958 Orem definió el concepto de Enfermería; desde principios de la década de 1950 había publicado diversas obras sobre la práctica y la enseñanza de la Enfermería. Estableció entonces su teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por otros tres modelos teóricos relacionados: 1) la teoría del autocuidado, 2) la teoría del déficit de autocuidado y 3) la teoría de los sistemas de enfermería. Orem establece la existencia de tres tipos de sistemas de enfermería: 1) el totalmente compensador, donde se ayuda al paciente en todo, 2) el parcialmente compensador en el cual se ayuda a la persona a que actúe por sí misma, y 3) el de apoyo educativo que pretende ayudar al paciente para que aprenda a hacer las cosas solo. Estas teorías fueron desarrolladas en su libro *Nursing: Concepts of practice* en el que se considera que la enfermera comparte algunas de sus funciones con otros profesionales sanitarios (Orem, 1985 citado en Marriner, 2007).

Teoría del autocuidado

El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración, misma que ha desarrollado partir de las capacidades para cuidar de sí mismo en condiciones ambientales conocidas o supuestas para cubrir requisitos indispensables para el control de factores que promueven o afectan adversamente, o interfieren en la regulación continuada de su propio desarrollo o funcionamiento, para la conservación de su vida, salud y bienestar (Orem, 1993).

A partir del concepto de autocuidado se sustenta la teoría del autocuidado, incluye conceptos como el de **agente de autocuidado** que se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado. El proveedor de cuidados a un lactante, a un niño, o a un adulto dependiente es denominado **agente de autocuidado dependiente**, entendiéndose como **agente** a la persona que lleva a cabo la acción (Orem, 1993).

La demanda de autocuidado terapéutico como entidad construida objetivamente describe al individuo en cuanto a sus aspectos funcionales, estructurales y de desarrollo; inicia al determinar el requisito de autocuidado afectado para prescribir la acción a través de la **agencia de autocuidado terapéutico**.

Esta teoría, refieren Ostiguín, R. y Velásquez, S.(2001) sugiere que las características de las personas cuidadas, incluyendo sus propiedades específicas son denominadas factores **de condicionamiento básico**, cuyo valor se fundamenta en la premisa de que quien busca y recibe cuidados de enfermería es un individuo que al mismo tiempo es miembro de una familia.

Teoría del déficit de autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad de saber como los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente.

Los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismos o en su entorno, sin embargo, puede darse la situación en que la demanda que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación la persona puede requerir ayuda de la familia, amigos y profesionales de la enfermería para satisfacer sus necesidades de autocuidado (Cavanagh, 1993).

El término déficit de autocuidado expone la relación entre la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de cuidado. El déficit de autocuidado orienta la selección del método de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor de autocuidado (Orem, 1993).

Teoría de sistemas de enfermería.

Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado sistema de enfermería, mismos que pueden aplicarse individual, para personas dentro de una unidad de cuidados familiares y otras unidades multipersonales (Orem, 1993).

Las demandas y el déficit de autocuidado y de cuidado dependiente pueden ser parciales o totales. Se entiende por déficit total la incapacidad de cubrir las demandas de autocuidado terapéuticos, mientras que en el déficit parcial, aunque puede ser mayor o menor, la incapacidad para cubrir los requisitos de autocuidado en una situación de cuidado terapéutico se limita a uno o varios de los requisitos. Este tipo de demandas caracteriza el tipo de intervención enfermera que Orem denomina sistemas de enfermería (Orem citado en Hernández, 2003).

Orem identifica tres sistemas dinámicos: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.

1. Sistema de enfermería totalmente compensador.

El paciente es incapaz de ocuparse de las acciones de autocuidado que requieren autogobierno y ambulación, y movimientos de manipulación controlados o existe prescripción médica de evitarlos. Las enfermeras tienen la responsabilidad de satisfacer los tres tipos de requisitos de autocuidado y de proteger la seguridad y efectividad de los cuidados en los pacientes.

2. Sistema de enfermería parcialmente compensador.

Los pacientes y las enfermeras trabajan en conjunto, realizan cuidados que implican tareas de manipulación o deambulación. Las responsabilidades de la enfermera y el paciente dependerán de las limitaciones reales o médicamente prescritas del paciente para las actividades de deambulación y manipulación; el conocimiento científico y técnico, y las habilidades requeridas; y la disponibilidad psicológica del paciente para realizar o aprender a realizar actividades específicas.

4. Sistema de apoyo educación.

El paciente es capaz de realizar o puede y debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interna o externamente orientado, pero no puede hacerlo sin ayuda. Hay diversas variaciones de este sistema: el paciente puede realizar las medidas de cuidados pero necesita guía y soporte; en la segunda variación la enseñanza es requerida; en la tercera proporcionar un entorno favorecedor del desarrollo es el método de ayuda requerido; la cuarta variación se da cuando el paciente es competente para el autocuidado, pero requiere una guía periódica que es capaz de buscar, el rol de la enfermera es principalmente de consultora.

Principales conceptos y definiciones.

El autocuidado es una actividad aprendida por las personas, dirigida hacia un objetivo. Es una conducta en situaciones concretas de la vida, que la persona dirige hacia sí misma o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (Orem, 1993).

Requisitos de autocuidado.

Son expresiones de los tipos de autocuidado que las personas requieren y que son necesarias para mantener su funcionamiento humano y desarrollo permanente o en condiciones o circunstancias específicas (Orem, 1993).

Requisitos de autocuidado universales.

Representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento

humano, abarcan las áreas física, psicológica, social y espiritual esenciales de la vida y fundamentales para los procesos vitales (Orem, 1993).

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

Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Circunstancias especiales, asociados con el desarrollo humano; tienen por objeto promover mecanismos que ayuden a vivir y madurar y a prevenir enfermedades que perjudiquen dicha maduración o aliviar sus efectos. (Orem, 1993).

Orem menciona dos tipos de requisitos de desarrollo, el primer tipo se refiere a los que apoyan los procesos vitales y promueven el desarrollo, refiriéndose propiamente a las siguientes etapas de vida: vida intrauterina, vida neonatal, parto a término/prematuro, lactancia, infancia, adolescencia y adulto joven, adulto, embarazo.

El siguiente grupo se refiere a los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales, dentro de estos aspectos Orem señala aspectos como privación educacional, problemas de adaptación social, pérdida del trabajo, pérdida de familiares, amigos o colaboradores, cambio súbito en las condiciones de vida, mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal o muerte esperada y peligros ambientales

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Existen para personas enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones o incapacidades, además están bajo diagnóstico y tratamiento médico (Orem, 1993).

1. Buscar y asegurar la ayuda médica
2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos, incluyendo los efectos sobre el desarrollo
3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
4. Tener conciencia y prestar atención a los efectos de las medidas de cuidados prescritas.
5. Modificar el auto concepto para aceptarse así mismo como ser humano en un estado de salud particular

6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos.

Demanda de autocuidado terapéutico.

Las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos a lo largo de un periodo de tiempo para satisfacer las necesidades de autocuidado conocidas de un individuo, que dependen en particular de cada enfermedad y de las circunstancias (Marriner, 1997).

Una vez que el individuo ha reconocido sus necesidades, su incapacidad de autocuidado, se activa la demanda de autocuidado y hace necesaria la intervención de enfermería, misma que se ve determinada por los factores condicionante básicos. La intervención implica la valoración de tres aspectos: 1) requisitos de autocuidado universal, 2) Requisitos de autocuidado del desarrollo y 3) Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud. (Ostiguín y Velásquez, 2001)

Factores condicionantes básicos.

Características específicas de toda persona que afectan la capacidad de autocuidado del individuo en cuanto al tipo o cantidad de autocuidado necesario.

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidados de salud (diagnóstico médico y modalidades de tratamiento).
- Factores del sistema familiar
- Patrón de vida
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

Agente.

Persona que emprende una acción o tiene la facultad para llevarla a cabo (Orem, 1993).

Agente de cuidado dependiente.

Personas adolescentes o adultas que aceptan o cumplen con la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico de otras personas socialmente dependientes de ellas, o bien que regulan el desarrollo o ejercicio para que estas personas lleguen a conseguir un autocuidado. (Orem, 1993).

Agencia de autocuidado.

Habilidad humana adquirida para satisfacer los requerimientos de autocuidado, se desarrolla en el curso de la vida diaria, a través del proceso de aprendizaje; estando influenciada por las condiciones y factores en el entorno. (Orem, 1995).

Agente de autocuidado terapéutico.

Lo representa la enfermera, entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico, es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud (Ostiguín y Velásquez, 2001).

Déficit de autocuidado.

Relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la actividad auto asistencial en la cual las capacidades de autocuidado desarrolladas dentro de la actividad no resultan adecuadas para conocer o satisfacer parte o la totalidad de los componentes de la demanda existente o prevista (Orem , 1993) .

Actividad de enfermería.

Orem, (1993) la refiere como conjunto de aptitudes que desarrollan las personas con formación de enfermeras para poder asumir su papel dentro de un marco de relación interpersonal legítima con el fin de actuar, conocer y ayudar, a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de autocuidado.

Sistemas de enfermería.

Series y secuencias de acciones prácticas y deliberadas que llevan a cabo las enfermeras, a veces en coordinación con sus pacientes, para conocer y ayudar a las personas, satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico de estos y para proyectar y regular el ejercicio del desarrollo de la actividad auto asistencial de los enfermos (Orem, 1993).

Métodos de ayuda.

Desde el punto de vista de la Enfermería, un método de ayuda es una sucesión de acciones, que al aplicarse, resuelven o compensan las limitaciones que tienen las personas, en el ámbito de la salud, para regular su funcionamiento y desarrollo propios o de otras personas que dependen de ellas las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y combinan adaptándolos a las necesidades de las personas que cuidan. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías que pueden expresarse de la siguiente manera:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros.
2. Guiar o dirigir a otros.
3. Brindar apoyo físico o psicológico.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
5. Enseñar.

1.3. FAMILIA.

Definición.

Dos o más personas que están unidas por lazos de compartición y cercanía emocional, y quienes se identifican a sí mismas como siendo parte de la familia. (Harmon, 2001).

Para Kozier (1999) la familia es una unidad básica de la sociedad y desempeña un papel importante en el proceso de formación de las creencias y las prácticas de salud de cada uno de sus miembros.

Tipos de familia. (Friedman, 1986).

Como ya se menciona la familia tiene la capacidad de cambiar según las necesidades sociales e intrafamiliares, esto se refleja en los diferentes tipos de familia que existen en la actualidad.

a) Familia nuclear.

Consiste en un esposo proveedor, una mujer ama de casa y los hijos. Variaciones este tipo de familia son la familia dual- trabajador/ dual carrera, y la familia sin hijos.

La familia dual trabajador

Ambos cónyuges están empleados a tiempo parcial o completo, trabajan por razones económicas; está asociada con considerable estrés y tensión, mas por parte de la esposa.

La familia sin hijos.

Voluntaria e involuntariamente, debido a las opciones educativas disponibles ahora para las mujeres.

b) La familia extensa.

La pareja comparte los arreglos y gastos de la casa familiar con padres, hermanos y parientes cercanos. Los niños están respaldados por varias generaciones y tienen una opción de modelos a seguir para dar forma a su comportamiento. Este tipo de familia es más frecuente entre familias de clase trabajadora y familiar recién emigradas. Al vivir más las personas y al aumentar los divorcios, los embarazos adolescentes, y los nacimientos fuera de matrimonio, las casas se han convertido en casas de varias generaciones.

c) La familia monoparental.

Existe una cabeza de familia, madre o padre. La familia monoparental variante es una donde la cabeza es viudo, separado, divorciado, abandonado. La familia monoparental tradicional no variante es donde la cabeza prácticamente es la madre que nunca ha sido casada.

Las familias monoparentales están caracterizadas por tener una alta tasa de pobreza, provienen desproporcionadamente de ambientes minoritarios con

desventajas, son más movibles, y los padres solteros están relativamente poco educados. Este es con más frecuencia el caso en familias encabezadas por mujeres, que en familias encabezadas por hombres.

d) Adulto soltero que vive solo.

Necesidad de servicios de salud y psicosociales, no tienen un sistema de apoyo y a veces no están interesados en desarrollar alguno.

e) La familia con padrastro – madrastra.

Integración de un elemento en una familia ya establecida. Esta forma familiar es compleja y hace surgir el estrés, además existen conflictos sobre las finanzas y crianza de los hijos.

a) **Familia binuclear.** Familia divorciada, los hijos son miembros de un sistema familiar compuesto por dos casas la materna y la paterna.

Enfoque estructural funcional para el estudio de la Familia

La teoría estructura funcional, como el nombre implica, se centra en la estructura y la función de la familia. El componente estructural establece como, cuando y con quien cada miembro de la familia se relaciona, regulando la conducta de sus miembros (González, 2007).

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; aceptando un grado de flexibilidad que permita la adaptación a los requerimientos de las situaciones de la vida y de las diferentes etapas del ciclo vital de la familia.

La estructura familiar opera con diferentes “alineamientos”, para resolver las tareas a las que se enfrenta. Los alineamientos constituyen la unión de dos o más miembros del sistema para llevar a cabo una operación: alianza o colusión (Aponte & Van Deusen, 1989); o bien el proceso de unión contra un tercero: coalición (Haley, 1967).

El aspecto funcional de la teoría examina los efectos de las relaciones intrafamiliares sobre el sistema familiar, así como sus efectos sobre otros sistemas (Kozier, 1999).

El sistema familiar se diferencia en subsistemas así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles funciones y tareas específicas

Estructura de roles.

El sistema familiar como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres), y otras

implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), los roles definen las tareas de los miembros del grupo familiar.

Este sistema debe además tener límites, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento.

Estructura del poder.

Un sistema funcional se organiza de una forma jerárquica. El poder es la capacidad de influencia que tiene un individuo para controlar la conducta de otro. Idealmente el poder debe ser empleado por quien tiene la posición de autoridad, pero en ocasiones un miembro de la familia puede tener el poder pero no la autoridad.

Funciones de la familia.

Según Friedman (1986) las cinco funciones básicas de la familia consisten en:

1. Función afectiva.
2. Función de socialización y colocación en sociedad
3. Función de atención a la salud: provisión y asignación de necesidades físicas y atención a la salud.
4. Función reproductiva.
5. Función económica.

Teoría del desarrollo familiar de Duvall, 1977.

Uno de los marcos de trabajo para estudiar a las familias es la teoría del desarrollo de Duvall, se basa en la observación de que las familias son grupos que han vivido mucho tiempo con una historia natural, o ciclo de vida, que debe valorarse si las dinámicas del grupo han de interpretarse de forma completa y exacta (Duvall, 1977 citado en Friedman 1986).

Tareas de desarrollo familiar.

Las tareas de desarrollo familiar, intentan rolar el cambio a través del tiempo en el sistema familiar y por lo tanto en las interacciones y relaciones entre los miembros de la familia; incluyen las 5 funciones básicas de la familia: función afectiva, función de socialización y colocación en la sociedad, función de atención a la salud, provisión y asignación de necesidades físicas y atención a la salud, función reproductiva y función económica.

Las tareas de desarrollo familiar se refieren a la responsabilidad de crecimiento que debe lograr una familia durante cada etapa de su desarrollo para poder satisfacer sus requerimientos biológicos, sus necesidades culturales, y sus propias aspiraciones y valores (Duvall, 1977 citado en Friedman 1986).

Ciclo vital de la familia.

Según Madeline, el ciclo vital de la familia consiste en una serie de periodos caracterizados por estados de movimiento o cambio y de quietud o estabilidad. Los tiempos de cambio representan una inestabilidad de la estructura, no importa cual sea su forma. Nacimientos, muertes, ingresos a la escuela, inicio de carreras, pérdida de los hijos y retiro son ejemplos de eventos normativos, representan todos puntos de transición importantes en la vida de la familia.

Etapa 1. Familias principiantes.

Inicia con el matrimonio de la pareja que marca el inicio de una nueva familia.

- Tareas de desarrollo familiar. Establecer un matrimonio mutuamente satisfactorio, y relacionarse armoniosamente con la red familiar y la planificación familiar constituyen las tres tareas críticas de esta etapa.

- Intereses de salud. El ajuste del rol sexual y marital, la educación y asesoría sobre planificación familiar que les permita planificar su vida e iniciar su relación sobre una base estable.

Etapa 2. Familia durante la etapa de reproducción.

Inicia con el nacimiento del primer hijo y continúa hasta que el bebé cumpla 30 meses.

En esta etapa se da un cambio de roles. Nace un bebé, nace una madre, nace un padre y abuelos, en las familias donde ya hay niños el impacto es tan significativo sobre los hermanos como en la pareja.

- Tareas de desarrollo familiar. Establecer a la familia joven como una unidad estable, el esposo, la esposa y bebé deben aprender nuevos roles, mientras que la unidad familiar se amplía en funciones y responsabilidades, existen cambios radicales en la organización familiar; demandas de alimentación y de atención del bebé durante las 24 horas.

Los padres deben aprender a aceptar el crecimiento y desarrollo del niño; necesitan comprender el momento adecuado para llevar a cabo la enseñanza, aprender a discernir las comunicaciones que el niño hace a través del llanto.

- Intereses de salud. La educación materna centrada en la familia, la atención del niño sano, inmunizaciones, asesoría del desarrollo del niño, planificación familiar e interacción familiar.

Etapa 3. Familias con niños en edad preescolar.

Comienza cuando el niño tiene 2 años y medio hasta que alcanza la edad de 5 años.

- Tareas de desarrollo familiar. La vivienda y el espacio adecuado, los preescolares adquieren con mucha frecuencia enfermedades infecciosas, los accidentes son también incidentes bastante importantes.

Una tarea importante es la socialización de los niños, necesidades de gran importancia para la pareja la privacidad y el tiempo juntos.

- Intereses en salud. Los problemas de salud física principalmente se relacionan con las enfermedades transmisibles frecuentes de los niños y las caídas quemaduras, envenenamientos y otros accidentes; también es de gran interés la relación marital.

Etapa 4. Las familias con niños en edad escolar.

Cuando el niño tiene 6 años que inicia la escuela primaria y termina cuando tiene 13 años, al iniciarse la adolescencia.

Las familias normalmente alcanzan su máximo número de miembros y relaciones familiares al final de esta etapa. Los niños tienen sus propios intereses, las actividades externas y las relaciones con sus compañeros juegan roles importantes en la vida del niño en edad escolar. De acuerdo a Erickson (1950), los padres luchan con la doble demanda de cumplir con la crianza de la siguiente generación y auto-absorberse en su propio crecimiento.

- Las incapacidades de los niños pueden hacerse evidentes, algunas maestras detectaran problemas visuales, auditivos, de aprendizaje y conducta. La tarea de la enfermera familiar además de la referencia, sería ayudar a la familia a adaptarse de manera que se minimice cualquier impacto referente a los problemas de salud que se detecten.

- Tareas de desarrollo familiar. La tarea paterna en este tiempo es de aprender a manejar la separación del niño. Promover el aprovechamiento escolar, mantener una relación marital satisfactoria.

Etapa 5. La familia con adolescentes.

Cuando el primer hijo cumple 13 años de edad, inicia esta etapa, normalmente dura 6 ó 7 años. La familia deberá permitir mayor responsabilidad y libertad para preparar a los jóvenes adultos.

- Tareas de desarrollo familiar. La relación marital es el punto de interés, la comunicación abierta entre padres e hijos, los padres deben mantener los estándares éticos y morales de la familia.

- Intereses en salud. A la edad de 35 años en adelante aumenta el riesgo de enfermedad coronaria, en los adolescentes, son un gran peligro los accidentes; la educación sobre sexo y drogas es de de relevante interés.

Etapa 6. Separación de las familias centrales.

Se caracteriza por la separación del hogar del primer hijo y termina con el “nido vacío”, cuando el último hijo deja el hogar.

- Tareas de desarrollo familiar Ayudar a los hijos en la separación del hogar, ayudar a que sean independientes; cuando el hijo se casa la tarea involucra la ampliación del círculo familiar para incluir nuevos miembros a través del matrimonio.

Friedman (1986) reitera el significado de la relación familiar como la construcción de una vida juntos como otra tarea de desarrollo.

- Intereses en salud. Problemas de comunicación entre los adultos jóvenes y sus padres; los problemas de transición del rol para el esposo y la esposa; los problemas de atención para los padres ancianos; resurgimiento de problemas crónicos de salud o factores predisponentes (colesterol, obesidad, hipertensión, etc.); problemas menopausicos.

Etapa 7. Familias en edad madura.

Inicia cuando el último hijo se separa del hogar y termina con la jubilación o muerte de uno de los cónyuges. La pareja marital en edad madura constituye una familia nuclear, aunque aún interactúa con sus padres de edad avanzada u otros miembros de su familia de origen, así como las nuevas familias de los matrimonios de sus hijos.

- Tareas de desarrollo familiar. La mujer trata de motivar a sus hijos mayores a que sean independientes redefiniendo las relaciones que tienen con ellos sin inmiscuirse en su vida personal o familiar. Necesitan mantener un sentido de bienestar fisiológico y psicológico llevando a cabo una vida saludable, control de peso, dieta balanceada, ejercicio, disfrutar alguna ocupación recreativa.

La provisión de un medio saludable, llevar a cabo relaciones satisfactorias y significativas con los padres de edad avanzada y con sus hijos, fortalecer la relación marital

- Intereses en salud. Necesidades de promoción de la salud: descanso, recreación, nutrición. Ejercicio. Dejar de fumar, reducir o dejar el uso del alcohol, exámenes de salud preventivos; interés en la relación marital.

Etapa 8. Familia jubilada y en edad avanzada.

Empieza con la jubilación de uno o ambos cónyuges, y continua hasta la pérdida de un cónyuge y termina con la muerte del otro cónyuge (Duvall, 1977).

Durante esta etapa la familia experimenta pérdidas como: económica, vivienda, social, trabajo. Durante la jubilación existe una pérdida de autoestima, status, ingresos y la salud.

Es necesario un cambio de actitud de la sociedad hacia los ancianos, es muy importante mantenerlos activos

- Tareas de desarrollo familiar. Mantener la vida satisfactoria es la tarea más importante de las familias en edad avanzada; el adaptarse a un ingreso reducido, las personas en edad avanzada que viven en sus casas están mejor adaptadas que los que viven con sus hijos; la conservación de lazos familiares con miembros de otras generaciones, adaptarse a la pérdida de un cónyuge, conservar las relaciones maritales.

- Intereses en salud. Las enfermedades crónico degenerativas, las deficiencias nutricionales, el aislamiento social, la depresión y otros problemas psicológicos, la disminución del vigor y función física, medidas de seguridad en el hogar.

Teoría sistémica.

Perez y Novel (2000) definen un sistema como un conjunto de objetos así como un conjunto de relaciones entre éstos y sus atributos, en el que los objetos son los componentes o parte del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema. Por lo que, identificamos que los objetos son reconocidos como personas y los atributos los interpretamos como sus conductas comunicacionales.

La unidad familiar también puede ser considerada como un sistema. Sus miembros son interdependientes, trabajando hacia propósitos y objetivos específicos. Esto permite identificar que el sistema puede ser un sistema abierto en donde intercambia energía e información con su medio externo.

El sistema familiar.

El sistema familiar se diferencia en subsistemas así puede desempeñar sus funciones, estos subsistemas no son absolutos, también se superponen y entran en funcionamiento según el momento familiar con sus roles, funciones y tareas específicas.

Las diferentes propiedades de la familia como sistema son:

- 1 Totalidad, la conducta de cada individuo está relacionada con los otros y depende de ella.
2. No sumatividad, existen patrones de interacción que trascienden las cualidades de los miembros individuales.
3. Feedback y homeostasis, el sistema actúa sobre las entradas (de miembros o de información), de nuevos elementos en el sistema y reaccionan frente a ellos, simulándolos o rechazándolos (feedback) con objeto de volverse a restaurar de inmediato el equilibrio.

La familia evoluciona en virtud de su capacidad de perder su propia estabilidad y recuperarla después, reorganizándose sobre bases nuevas, por lo que, la familia

es un sistema activo, en transformación constante; un organismo complejo que se modifica con el tiempo a fin de asegurar continuidad y crecimiento psico-social a los miembros que la componen.

La teoría de sistemas implica la consideración de que cada uno de los individuos es entendido como unidades que hacen identificable dicho sistema. De esta forma, cada uno de los miembros de esta unidad actuará como un subsistema, dentro del sistema.

Los diferentes subsistemas tienen una entidad característica dentro del sistema familiar, y son los siguientes:

1. Subsistema conyugal. Cuando se forman nuevas parejas cada persona trae sus propios valores y expectativas, tanto explícitas como inconscientes, esto trae consigo que para que su vida sea posible en pareja, es necesario que estos conjuntos de valores se concilien con el tiempo. Cada cónyuge debe ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

La función de este subsistema es el de fijar límites claros y precisos entre ellos al subsistema de los hijos o de los abuelos, deben hacerse responsables con el nuevo compromiso que han adquirido, tomando en cuenta que constituyen un poderoso contexto para la calificación o descalificación.

2. Subsistema Hermanos. Forman para el niño el primer grupo de iguales en el que participa. Ellos se apoyan entre sí, se divierten, se atacan, se toman como chivo expiatorio, y, en general, aprenden unos de otros. Establecen sus propias pautas de interacción. Estas pautas serán utilizadas y significadas cuando ingresen en grupos de iguales fuera de su familia.

3. Subsistema abuelos. La influencia de la familia de origen de los cónyuges es tan decisiva que persiste independientemente de la presencia física de las mismas dentro del hábitat familiar.

Es muy importante que el sistema de abuelos identifique que ahora el sistema conyugal establecerá límites con respecto a los nietos.

El identificar que la persona ya no es parte de un subsistema le enseña a realizar sus nuevas tareas y le permite darse cuenta que ya no sigue siendo hijo, sino marido o padre.

Roles y reglas familiares.

Cada miembro de la familia tiene unos determinados roles asignados que debe desempeñar, los cuales se traducen en diferentes tipos de comportamientos específicos que se desarrollan dentro de la dinámica familiar.

El rol es el comportamiento que se espera de un determinado miembro que ocupa una posición específica. El status que ostenta un individuo en su grupo familiar se refiere a la posición que se le atribuye en función de una serie de cualidades específicas (Pérez y Novel, 2000). Por lo que el desempeño de los roles nos conduce al de las reglas familiares, estas permiten buscar la inspiración de cada miembro y dirigen los roles que cada miembro realiza en la familia.

De acuerdo a Pérez y Novel (2000) las reglas sirven como pauta de los modos de vida de una casa. Cada familia estipula sus reglas de acuerdo a su dinámica familiar.

Comunicación y familia.

La comunicación es un proceso de interaccionar, sirve a la familia para expresar y compartir pensamientos, sentimientos, deseos y necesidades (Pérez y Novel, 2000). El proceso de la comunicación permite establecer la dinámica familiar.

Alianza y lealtades.

Para Pérez y Novel (2000) la alianza se entiende a aquellas uniones explícitas o implícitas que se dan entre dos miembros de una familia, sea con carácter temporal o permanente, si la alianza está fortalecida en contra de un tercer miembro de la familia, se denomina coalición.

1.4. OBESIDAD.

La obesidad es una enfermedad crónica que afecta a todos los grupos de edad, razas, grupos étnicos, sexo. En los últimos años se han generado datos que sustentan un incremento en la prevalencia e incidencia de la obesidad. El sobrepeso y la obesidad son tan comunes como la diabetes mellitus tipo 2 (DM), dislipidemias, hipertensión arterial (HTA) y la enfermedades cardiovasculares (ECV), que han pasado a ser las principales causas de muerte, lugar que ocupaban tradicionalmente las enfermedades infecciosas y la desnutrición (Tapia, 2006).

Epidemiología de la obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad como la enfermedad nutricional más común del mundo, estimando alrededor de 300 millones de adultos obesos. En el informe mundial de salud, la obesidad se ubica dentro de los diez primeros lugares como factor de riesgo mundial.

A nivel mundial, las mujeres presentan mayores tasas de obesidad (IMC>30) que los hombres, aunque éstos últimos tienen mayores tasas de sobrepeso (IMC>25 y < 30). Respecto a la asociación entre nivel socioeconómico y obesidad, en los países en desarrollo se ha observado una relación positiva para los hombres pero negativa para las mujeres (Tapia, 2006).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006), 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad. En mujeres mayores de 20 años la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 71.9% y de 66.7% en hombres mayores de 20 años; las prevalencias de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años y en adolescentes ascienden a 26% y 31% respectivamente.

La obesidad se asocia a varias de las principales causas de muerte del país, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer de mama, entre otras. También incrementa el ausentismo, disminuye la productividad e incrementa el riesgo de enfermedades de la vesícula biliar, una de las principales causas de intervención quirúrgica en el país (Informe Salud México 2005).

Debido a su asociación con todos estos efectos negativos, la obesidad se asocia a casi 50 000 muertes anuales, constituyéndose en el principal de riesgo para muerte prematura en la población mexicana (Informe Salud México 2005).

La magnitud que ha alcanzado este problema permite calificar la situación en México como una epidemia que requiere de acciones inmediatas, como la promoción a nivel poblacional de la actividad física y las restricciones del consumo de alimentos de calidad nutricional inadecuada en escuelas y oficinas.

La solución del problema no es sencilla porque requiere modificar aspectos culturales fuertemente arraigados en la sociedad, como los hábitos alimentarios y el sedentarismo (Informe Salud México 2005).

Definición y clasificación del padecimiento.

Obesidad.

Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25. (Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad).

Sobrepeso.

Estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. (Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad).

El índice de masa corporal (IMC) o de Quetelet, es el más aceptado para la mayoría de los grupos de población adulta, debido a que es el menos afectado por la talla y es fácil calcularlo, además este índice se correlaciona con muchos otros procedimientos antropométricos en cuanto a la predicción de riesgo de morbilidad y mortalidad (Cuadro 1).

La cantidad de grasa abdominal es un buen indicador de complicaciones metabólicas relacionadas con la obesidad y clínicamente más relevante que el total de la cantidad de tejido adiposo definido por el índice de masa corporal, es decir, un exceso de grasa en la región abdominal, predice mejor la enfermedad cardiaca coronaria y diabetes tipo 2, así como un determinante de mayor peso para desarrollar dislipidemias, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina e hiperinsulinemia.

La causa básica es un balance positivo de energía, con la consiguiente ganancia de peso. Sin embargo, los individuos obesos difieren no sólo por el grado de grasa almacenada, sino también por la distribución regional de la misma en el cuerpo. La distribución de la grasa influye de manera importante en los riesgos asociados con la obesidad y con los tipos de enfermedades que pueden resultar (Tapia, 2006).

El mundo moderno y la tecnología actual han propiciado un “ambiente obesogénico” en el que la tendencia, de acuerdo con los patrones de trabajo y de transporte, hacen que en general las personas sean menos activas y tengan actitudes más sedentarias. Al mismo tiempo la sociedad tiende a consumir alimentos procesados producidos a gran escala, que contienen altas cantidades de grasa y calorías, carecen de fibra y micronutrientes indispensables para el organismo, por lo que este ambiente asegura a la obesidad como la enfermedad del siglo XXI.

Estos Factores, a su vez, dependen de influencias sociales y ambientales que modifican la actitud de los individuos hacia la elección de alimentos poco saludables y la disminución de su actividad física, características asociadas al aumento de la prevalencia de la obesidad en el mundo (Tapia, 2006).

Cuadro 1

Índice de masa corporal.	
$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{\text{Altura (en metros) al cuadrado}}$	
Tabla de resultados	
<18.5	Peso insuficiente
18.5 - 24.9	Peso normal
25 - 26.9	Sobrepeso Grado I
27 - 29.9	Sobrepeso Grado II
30 - 34.9	Obesidad Tipo I
35 - 39.9	Obesidad Tipo II
40 - 40.9	Obesidad Tipo III (mórbida)
> 50	Obesidad Tipo IV (extrema)

Tomado de Tapia 2006.

Tratamiento

Es necesario determinar el grado de obesidad y estado de riesgo absoluto. El tratamiento incluye no ganar peso, mantenerlo, y finalmente la reducción del exceso (Tapia, 2006).

El tratamiento debe estar encaminado a la reducción del peso, debe incluir medidas no farmacológicas (alimentación saludable y actividad física) y en algunos casos, farmacológicas.

El pilar del tratamiento de la obesidad es el régimen hipocalórico, por lo que debe tomarse en cuenta lo siguiente:

1. Los factores de riesgo deben ser analizados y valorados individualmente antes de iniciar el tratamiento.
2. El paciente tiene que haber alcanzado un nivel de motivación suficiente antes de iniciar el tratamiento.
3. El paciente obeso nunca debe ser culpado por su problema, ni por el fracaso en el tratamiento.
4. En la mayoría de los casos, la tendencia a la obesidad persiste a lo largo de la vida. Por lo tanto el personal de salud y el paciente deben estar convencidos al iniciar el tratamiento el considerar cambios en el estilo de vida persistentes.

Algunos autores recomiendan un régimen hipocalórico inicial que permita perder peso de un modo gratificante y estimulante para el paciente (alrededor de 1 Kg. por semana), este régimen debe contener unas 800 a 1200 kcal/día, aunque esta cifra puede ser superior en algunos pacientes con requerimiento energético individual (Tapia, 2006).

Nutrición.

Los hábitos alimentarios del paciente obeso deben ser cuidadosamente investigados en todos los casos; también es indispensable conocer si existen o no variaciones de la conducta alimentaria en fase de ansiedad o depresión.

En un paciente con obesidad se debe comenzar restringiendo el consumo de grasas y azúcares, incluir colaciones (comidas intermedias) para mitigar el hambre entre las comidas principales.

Dar un plan dietético hipocalórico durante tres meses y hacer evaluaciones durante el proceso.

La manera de comenzar un plan dietético hipocalórico consiste en una reducción de 500kcal al requerimiento actual del paciente, manteniendo el siguiente balance:

- 55 a 60% de carbohidratos
- 20 a 25 de grasa
- 15% de proteína.

▪Nutrimentos.

El consumo recomendado de carbohidratos simples (azúcar, fruta, jugos de fruta, refrescos, dulces, etc.) es de 20%. El 80% restante de carbohidratos es recomendable que se ingieran de: cereales, leguminosas y verduras que son carbohidratos complejos, los cuales además tienen una cantidad de fibra dietética suficiente.

El consumo de agua deberá ser de acuerdo con las necesidades fisiológicas de la persona con relación a su actividad, clima. Se sabe que un buen consumo de este líquido lo constituye 1mL/Kcal, esto aproximadamente nos representa dos litros por día.

Tabla 1. Intercambios alimentarios

Grupos	1200 KCAL.	1500 KCAL.	1800 KCAL.	2000 KCAL.	2200 KCAL.
Cereales	6	7	9	11	12
Frutas	2	3	4	4	4
Vegetales	3	4	4	4	5
Leguminosas	½	1	1	1	1
Leche	2	2	2	3	3
Carne	3	3	4	4	5
Grasas	2	3	3	3	3
Azúcar	1	2	2	2	2

Tomado de Tapia 2006.

En la tabla de intercambios alimentarios los números representan la cantidad de porciones de cada uno de los grupos de alimentos por día.

Ejercicio físico.

El incremento de la actividad física constituye uno de los pilares fundamentales en el tratamiento y profilaxis de la obesidad. Los especialistas coinciden en que este hábito saludable, además de proporcionar sensación de bienestar físico y psicológico, contribuye a la prevención y control de padecimientos como la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes mellitus, las dislipidemias, entre otros.

La actividad física debe ser acorde a la edad y estado de salud y se deberá realizar por lo menos durante 30 minutos al día.

Para iniciar la actividad física, debe considerarse que: hacer ejercicio es fácil, divertido, y prácticamente todo mundo puede hacerlo. Caminar con vigor, andar en bicicleta y bailar son algunos ejemplos de actividad física, que se pueden realizar.

Farmacoterapia.

El uso racional de la farmacoterapia para el tratamiento de la obesidad, se basa en que los fármacos aprobados para el tratamiento funcionan mejor en combinación con medidas dietéticas y la práctica de estilos de vida saludables. No lo curan, sólo lo controlan y deben ser usados bajo supervisión médica, además cuando son descontinuados ocurren ganancias de peso, si no han incluido estilos de vida saludables.

Los fármacos para el manejo de peso pueden ser divididos en dos categorías: aquellos que actúan en el sistema nervioso central y que influyen la conducta alimentaria, el apetito y otros mecanismos; y los fármacos que actúan de manera periférica para inhibir la absorción o percibir una sensación de plenitud en el sistema gastrointestinal (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de los diferentes fármacos contra la obesidad

Tipo de fármaco	Ejemplo	Dosis	Eventos adversos
Antagonistas de lipasa	Orlistat	120 mg. Antes de las comidas	Heces blandas y escurrimiento anal
Inhibidores de recaptación de norepinefrina y serotonina.	Sibutramina	5, 10, 15 mg. 10 mg. inicio, puede incrementarse a 15 mg. o disminuirse a 5 mg.	Aumento de la frecuencia cardiaca y tensión arterial
Antihiperglucemiantes	Metformina	850 a 1000 mcg. 425 a 500 mcg c/12 h y agregar 425 a 500 mg cada dos semanas. Durante 6 meses	Diarrea, náuseas, vómito, flatulencia Metabólicos: tiene el menos índice de lactoacidosis.

Tomado de Tapia 2006.

3.5. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias inmediatas y futuras a largo plazo en la salud y en el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, las comunidades y los países; además consecuencias cada vez más importantes se presentan en los servicios de salud en todas partes, repercutiendo perjudicialmente en los recursos sanitarios para los países y las comunidades. En 1996 en Ginebra, Suiza la Asamblea Mundial de la Salud reconoce a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo (OMS, 2002).

La violencia es un fenómeno difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que

son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan (OMS, 2002).

Definición.

La OMS define a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La mayor parte de los actos violentos no son mortales; tienen como consecuencia sufrir problemas psíquicos y comportamentales de muy diversa índole, como depresión, abuso del alcohol, ansiedad y comportamiento suicida, además de problemas reproductivos como embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y disfunciones sexuales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) subdivide a la violencia interpersonal en dos grandes categorías: la violencia familiar y de pareja, que suele ocurrir, aunque no siempre, en el hogar; y la violencia comunitaria, cometida frecuentemente fuera del hogar por individuos que pueden tener o no alguna relación con sus víctimas. Otras formas de violencia la constituyen la derivada del crimen organizado y los efectos a la exposición a los desastres naturales o los producidos por el hombre.

El primer grupo abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos. En el segundo grupo se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños, y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

En México la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 define como Violencia familiar, al acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder en función del sexo, la edad o la condición física, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono.

La misma norma menciona que la violencia intrafamiliar comprende:

- Abandono, al acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.
- Maltrato físico, al acto de agresión que causa daño físico. Maltrato psicológico, la acción u omisión que provoca, en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

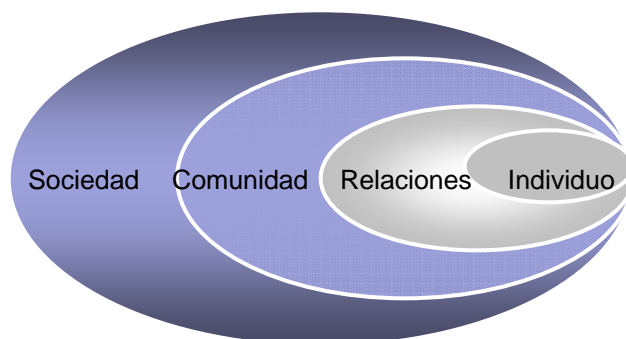
- Maltrato sexual, a la acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene incapacidad para consentir.

Causas de la violencia.

Diversos autores reconocen a la violencia como un fenómeno sumamente complejo donde interactúan factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos; es decir, no existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace (Piedrola, 2001) (OMS, 2002).

El Informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2002) recurre a un «modelo ecológico» para intentar comprender la naturaleza polifacética de la violencia (figura 1).

Fig.1. Modelo ecológico para comprender la violencia. OMS, 2002



Fuente: OPS. OMS (2002), Informe mundial sobre la violencia y salud

- En el primer nivel se identifican los factores biológicos y de la historia personal que influyen en el comportamiento de las personas y aumentan sus probabilidades convertirse en víctimas o perpetradores de actos violentos. Las características demográficas (edad, educación, ingresos), los trastornos psíquicos o de personalidad, las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de haber sufrido maltrato.
- En el segundo nivel se abordan las relaciones más cercanas, como las familiares, los amigos, las parejas y los compañeros de sufrir o perpetrar actos violentos. .
- El tercer nivel comprende el contexto comunitario en el que se desarrollan las relaciones sociales, como las escuelas, los lugares de trabajo y el vecindario, y se intenta identificar las características de estos ámbitos que aumentan el riesgo de actos violentos (la densidad de población, niveles altos de desempleo o la existencia de tráfico de drogas en la zona).
- El cuarto nivel se interesa por los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un clima en el que se

alienta o se inhibe la violencia (la posibilidad de conseguir armas y las normas sociales y culturales que reafirman la dominación masculina sobre las mujeres y los niños, las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales).

Situación en México.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las mujeres 2003 (ENVIM 2003) 1 de cada 5 mujeres sufren de violencia de pareja actual, 1 de cada 3 han sufrido violencia de pareja alguna vez en la vida y 2 de cada 3 mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; este tipo de violencia es más frecuente mientras menor es el nivel educativo de la víctima.

La discapacidad con la que se asocian es elevada, generan sufrimiento, problemas interpersonales y pueden durar muchos años, sobre todo cuando ocurren en la infancia y la adolescencia. Estos sucesos también generan pérdidas importantes para la sociedad, en términos de los días no laborados.

Grupos vulnerables.

Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja, física, económica o cultural. (NOM-190-SSA1-1999).

Son muchos los factores que se han relacionado con el riesgo de que un hombre agrede físicamente a su pareja. Entre los factores individuales destacan en muchos estudios los antecedentes de violencia en la familia del varón (sobre todo el hecho de haber visto golpear a su propia madre) y el abuso del alcohol por parte de éste.

Por lo general, la violencia de género se vive en secreto y es necesario utilizar actitudes y aptitudes que proporcionen seguridad y favorezcan la interacción y la confianza (empatía, disponibilidad, escucha, clarificación de los pensamientos, refuerzo de lo positivo y funcional) con quienes sufran maltrato para que puedan hablar de ello en un clima de privacidad, respeto y mucha discreción (Novel, 2005).

La aceptación incondicional, la empatía, la confianza, la identificación, y el reflejo de los sentimientos que el personal de salud utiliza en la interacción con el paciente pueden facilitar la toma de decisiones responsables y libres de las víctimas de violencia y pueden ser el primer paso para la recuperación de la experiencia traumática (Tapia, 2006).

La violencia es un problema polifacético, de raíces biológicas, psicológicas, sociales y ambientales, y para el que no existe una solución sencilla o única; al contrario, es una cuestión que debe abordarse a varios niveles y en múltiples

sectores. Por ello la OMS (2003) propone diferentes estrategias que se abordaran a continuación.

Estrategias a nivel individual

Las estrategias se centran fundamentalmente en fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante el desarrollo, y en modificar las actitudes y los comportamientos en los individuos que ya se han hecho violentos o corren el riesgo de atentar contra si mismos.

Iniciativas de base comunitaria

Las actividades de prevención de la violencia basadas en la comunidad tienen como objetivos principales concienciar a la población y suscitar el debate público en torno a estas cuestiones, fomentar las actuaciones comunitarias, hacer frente a las causas sociales y materiales de la violencia en el ámbito local y establecer medidas para asegurar la asistencia y el apoyo a las víctimas.

Las estrategias basadas en la sociedad.

Se centran en factores culturales, sociales y económicos relacionados con la violencia, y prestan especial atención a las modificaciones de la legislación, las políticas y el entorno social y cultural más amplio para reducir las tasas de violencia en distintos ámbitos y en comunidades enteras.

Entre las estrategias centradas en estos factores más generales de la sociedad se cuentan las siguientes:

- Medidas legislativas y judiciales, como la promulgación o mejora de leyes contra la violencia sexual o de pareja, o contra el castigo físico de los niños en el hogar, la escuela u otros ámbitos; leyes que estipulen la notificación obligatoria del maltrato de menores y ancianos, y procedimientos para tratar los casos de violencia intrafamiliar o sexual.
- Tratados internacionales: muchos tratados y convenios internacionales guardan relación con la prevención de la violencia. Además de establecer modelos para las legislaciones nacionales, son instrumentos sumamente valiosos para sensibilizar a la población.
- Modificaciones de las políticas a fin de reducir la pobreza y la desigualdad y mejorar el apoyo a las familias; por ejemplo, mediante planes de asistencia social y desarrollo económico, creación de empleo, mejora de la educación, permisos de paternidad o maternidad, empleo para las madres y medidas para garantizar la atención infantil.

- Esfuerzos por modificar las normas sociales y culturales. Son especialmente importantes para hacer frente a los problemas de género, la discriminación racial o étnica y las prácticas tradicionales lesivas, todos ellos profundamente enraizados en la sociedad.

- Si se lograra hacer frente con éxito a la pobreza, mejorar los niveles educativos y las oportunidades de empleo, y elevar la accesibilidad y calidad de la atención de salud infantil.

Esto de nada sirve si no sacamos este problema de la invisibilidad pública, pues como ya se menciona, la mayor parte de los casos de violencia se viven en secreto.

Ruíz (2007) resalta el lugar tan privilegiado de la profesión de enfermería, por ser en su mayoría mujeres y por ser casi siempre el primer enlace entre la persona-servicios de salud, situación que nos da la oportunidad para identificar situaciones de violencia de género.

La misma autora señala la necesidad de definir mejor el papel que ha de desempeñar la enfermera, debido a que podría ser una buena oportunidad de auxiliar sin temores tanto en la curación, escuchar y orientar para la prevención y rehabilitación de la víctima de la violencia.

Atender y curar las heridas o lesiones; inspirar confianza para investigar con mucha discreción la procedencia de las heridas; asesorar a la persona en sus derechos y obligaciones; canalizar a donde se les resuelva su situación personal y jurídica; referir a la víctima con trabajo social para solicitar el apoyo del DIF municipal; la capacitación del personal de enfermería sobre la Norma Oficial Mexicana, Criterios para la Atención Médica de la violencia intrafamiliar NOM-190-SSAI-1999 son algunas de las sugerencias propuestas de alternativas de solución de la atención de enfermería, Programa de Atención de maltrato doméstico (AMADO) (Ruíz, 2007).

CAPITULO 3. ESTUDIOS RELACIONADOS

Gayosso, E. (2003), utilizó el sistema de enfermería de apoyo educativo en un estudio, realizado en Pachuca, Hidalgo con el objetivo de analizar la influencia del apoyo educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2; para lo cual diseñó un instrumento donde evaluó los factores condicionantes básicos, requisitos universales, requisitos del desarrollo y de desviación de la salud, posteriormente realizó dos mediciones, una antes de la intervención educativa de enfermería, y una después de la intervención educativa, llegando a la conclusión de que el apoyo educativo incrementó la capacidad en el autocuidado y confirmo su hipótesis “El apoyo educativo influye positivamente en las capacidades de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2”.

En otro estudio Alamilla y Cols (2004) después de realizar un estudio con el propósito de examinar la influencia de los factores condicionantes básicos sobre las acciones de autocuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2 en la ciudad de Campeche, llegaron a la conclusión de que los factores condicionantes básicos (edad, sexo, índice de masa corporal, integrantes de la familia y escolaridad) señalados en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Orem, no influyen de manera significativa sobre las acciones de autocuidado que las personas con diabetes mellitus tipo 2 realizan para preservar su salud, mientras que el apoyo familiar, la disponibilidad y adecuación de los recursos y el conocimiento influyen de forma significativa sobre esas mismas acciones.

Gutiérrez y Canela (2006) integraron el proceso enfermero y la Teoría General del Déficit de Autocuidado en un estudio de caso en una unidad multipersonal con déficit de comunicación y alteración de la nutrición por defecto. En este estudio el paciente índice mostró una gran disposición para trabajar con la enfermera, sin embargo, encontraron dificultad para lograr la adherencia de la familia al plan de intervenciones diseñado; además de una elevada resistencia de aceptar la presencia del déficit de comunicación existente en el sistema familiar.

Chávez y Canela (2006) realizaron un estudio de caso familiar integrando el proceso enfermero y la Teoría General del Déficit de autocuidado en un sistema en el que se detectó obesidad y sobrepeso, violencia intrafamiliar, ansiedad y déficit en el manejo del estrés; encontraron que la familia tiene su foco de ansiedad y estrés en la deficiente comunicación y en la violencia intrafamiliar, también mencionan que el cambio de conductas y la adopción de estilos de vida saludables son aspectos difíciles y que para lograr incidir positivamente se requiere más que la disposición del individuo o familia para lograrlo, además, es necesario, el apoyo social.

La violencia intrafamiliar es un tema que debido a su relevancia como problema de salud pública ha sido estudiado por la Enfermería, en este caso se cita a Alatorre y Gutiérrez (2005), que con el objetivo de identificar y describir la violencia familiar en un grupo de mujeres vecinas y usuarias del Centro Comunitario de Atención

Primaria a la Salud (CCOAPS) en San Luis Tlaxialtemalco, México, de la ENEO-UNAM realizaron un estudio descriptivo, transversal, cualitativo, con perspectiva de género de mayo del 2000 a diciembre del 2001, cuya hipótesis de trabajo giró en el sentido de considerar que la violencia y la tolerancia no son genéticas, se institucionalizan, se reproducen, y por lo tanto se legitiman en aprendizajes sociales que se inician en la familia y se continúan a lo largo del ciclo de la vida humana.

Los resultados del estudio evidenciaron el carácter aprendido de modelos masculinos violentos y de modelos femeninos tolerantes. Las mujeres del estudio tuvieron ya introyectado “como natural” las condiciones sociales de desigualdad entre hombres y mujeres. Todas vivieron alguna forma de violencia (física, psíquica, sexual, abandono, etc.), pero no la reconocen como violatoria de sus derechos humanos, menos como delito. Además las mujeres que participaron en el estudio tienen poco identificados los daños que causa la violencia en la salud integral, salvo los que se generan de la violencia física.

Por otro lado la obesidad como problema de salud pública es considerada por algunos autores como la pandemia del siglo, lo que ha llevado a la preocupación por dictar medidas preventivas desde el seno familiar.

Flores (2005), realizó un estudio transversal con el objetivo de evaluar el sobrepeso y la obesidad maternos como factores de riesgo de sobrepeso u obesidad en niños mexicanos de edad escolar (5 a 11 años) que participaron en la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 (ENN 99), llegando a la conclusión de que el sobrepeso y la obesidad maternos son factores de riesgo de sobrepeso u obesidad en niños mexicanos en edad escolar. El mismo autor propone intervenciones dirigidas para promover cambios en los estilos de vida en el ámbito intrafamiliar y modificar ambientes obesigénicos, la educación a las familias y el diseño de programas que promuevan, por ejemplo, una alimentación saludable y patrones de actividad física, con la finalidad de propiciar un microambiente familiar más sano para los niños que se vea reflejado a largo plazo en su estado de salud.

CAPITULO 4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Con base en el Código de Ética para las Enfermeras en México se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos:

Beneficiencia y no maleficiencia. Entendido como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Principio regido por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia. Se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico sin distinción de la persona.

Autonomía. Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales; es decir, reconocer el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana. Se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana.

Así mismo el capítulo II del mismo código de ética que se refiere a los deberes de las enfermeras para con las personas se tomaron en cuenta los siguientes artículos:

Artículo segundo. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a recibir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo quinto. Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo séptimo. Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona

Artículo octavo. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Con base en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud se tomaron en cuenta los siguientes lineamientos:

Artículo 3°.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan a la prevención y control de los problemas de salud.

Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar por lo que se solicitará un área para su capacitación y cuidar su intimidad.

Atendiendo a este artículo, es necesario recalcar que el estudio de caso familiar se desarrollo en el ámbito familiar, es decir, en el domicilio de la familia, respetando su privacidad, bajo seriedad profesional.

Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto. Por lo que el estudio de caso familiar será realizado por Licenciados en Enfermería, bajo la supervisión de la ENEO- UNAM.

CAPITULO 5. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio de caso (Burns y Grove, 2004).

Población.

Familias del AGB 086-6, San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, México D.F.

Los límites del sector son: al norte Av. de las Torres, al sur Capulín, al oeste Floricultor, al este con Cañada.

Proceso para la selección de familia.

El grupo de la Especialidad de enfermería en Salud Pública se organizó en 6 subgrupos al azar, posteriormente se realizó el recorrido al AGB 086-06 por parte de los 12 alumnos de la especialización de salud pública, 4 alumnos del adulto mayor, y 3 coordinadores de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Durante el recorrido los coordinadores asignaron una manzana por cada subgrupo de salud pública, incorporándose un alumno del adulto mayor; a continuación los alumnos realizaron el recorrido a la manzana, con técnica de barrido, utilizando como estrategia de acercamiento a las familias la detección de personas diabéticas, hipertensas y ancianos (Apéndice A.).

Los alumnos de salud pública, en el transcurso del recorrido promovieron una “Campaña de detección de enfermedades crónico degenerativas: diabetes e hipertensión”, al siguiente día se realizó la distribución de dípticos, nuevamente cada grupo en la manzana asignada (apéndice B), y se colocaron 6 carteles en lugares estratégicos de las manzanas, uno por subgrupo (Apéndice C).

Durante la ejecución de la campaña se detectaron personas con enfermedades crónico degenerativas: diabetes e hipertensión, y factores de riesgo en la familia que afectarían la salud del sistema familiar, para la elección de una familia para estudio por alumno.

La familia seleccionada corresponde a una familia extensa (Duvall, 1977), con antecedentes de diabetes, hipertensión, violencia intrafamiliar, obesidad (IMC), hacinamiento (Huerta, 2005), y por aceptar pleno consentimiento informado la intervención de la enfermera.

Proceso de recolección de los datos.

Para la recolección de los datos se diseñó un cuestionario de preguntas abiertas “Valoración familiar del déficit de autocuidado”, fundamentado en la Teoría de desarrollo de Duvall, 1977; El modelo de valoración de la familia (forma larga) de Friedman, 1986 y El modelo de Dorotea E. Orem, 1999 (Apéndice D).

El cuestionario se dividió en 8 apartados que incluían: fecha y responsable; tipo de familia e historia familiar; estructura familiar, la que incluía roles, valores, estructura del poder, procesos de comunicación de cada integrante de la familia; funciones familiares, donde se incluían los datos acerca de la función afectiva, de socialización, reproductora, económica y de atención a la salud; factores condicionantes básicos; requisitos universales; requisitos de desviación de la salud y requisitos de desarrollo.

Un segundo instrumento de recolección de datos fue proporcionado por el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria: "Hoja de planeación y reporte de visita domiciliaria" que fue utilizado para planear y registrar las intervenciones de cada visita domiciliaria (Apéndice E).

Se utilizaron los dos tipos de valoración: básica y focalizada; como fuente la primaria: entrevista a la paciente índice; las técnicas fueron la observación directa y algunos elementos de la exploración física a la que la paciente acepto someterse: toma de signos vitales, destrostix y somatometría (Alfaro, 2005).

Se realizaron un total de 6 visitas domiciliarias: 28 y 30 de noviembre, 4 de diciembre, 5 de diciembre del 2006, 24 de marzo y 31 de mayo del 2007 (Apéndice F).

CAPITULO 6. PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

6.1. VALORACIÓN FAMILIAR.

Factores de condicionamiento básico.

Familia: B. M.

Domicilio: Av. las Torres N. 48, barrio de San Antonio Abad.

Fecha: 5 de diciembre 2006

Datos ambientales y de la vivienda.

La colonia se encuentra en un terreno irregular, montañoso, con piedras, pasto, las calles no están pavimentadas, las banquetas no están delimitadas, no se visualizó alumbrado público y alcantarillas, la paciente índice mencionó en cuanto a seguridad pública que la patrulla pasa "seguido", se observaron lotes baldíos, uno es utilizado por la comunidad como basurero, desconocen la existencia de algún parque recreativo.

La familia habita en casa prestada (de la mamá de Carmen), la vivienda se encuentra en el segundo piso sin barandal consta de un cuarto redondo que se utiliza de recamara y cocina, se observaron: una televisión, unas literas, una cama matrimonial, un refrigerador, un estéreo, una mesa, un ropero; esta habitación mide aproximadamente 3 x 3 m., paredes de tabique sin aplanar, techo de lamina de cartón, piso de concreto, aunque cuenta con dos ventanas la iluminación y ventilación son deficientes al igual que las condiciones de higiene; las escaleras son de concreto sin barandal.

Cada familia tiene su lavadero y tendedero, comparten dos baños con toda la familia extensa, fosa séptica. En la casa hay agua de la llave, luz eléctrica, teléfono en la vivienda de la mamá de Carmen, refieren tener gas para cocinar, el patio es de tierra, refieren que la basura pasa cada tercer día, sin embargo durante las visitas domiciliarias se observó un tambo con basura en la entrada de la casa.

Tipo de familia e historia familiar.

La Familia B. M. es una familia nuclear, extensa, se encuentra en la etapa de familia con hijos en edad escolar según Duvall 1977.

Carmen de 26 años (paciente índice), con escolaridad primaria completa, se dedica al hogar y Francisco de 27 años (esposo de Carmen), escolaridad secundaria, ocupación ayudante de albañil, hace 9 años que iniciaron su vida conyugal en unión libre, se casaron el 7 de noviembre de 2006, tienen dos hijas Leydy Lizbeth de 9 años y Jennifer de 6 años. La paciente índice fue madre soltera como consecuencia de una violación por parte de un vecino (se cambio de

domicilio), el niño falleció en el hospital a los 2 años por complicaciones de accidente (quemadura en el patio de la casa).

La paciente índice refirió saber que en su infancia sufrió quemaduras en el cuerpo al aventar gasolina sobre una lumbre que había en el patio, ella no lo recuerda, no se observan cicatrices, refirió que después del accidente presentó problemas de dislalia (para pronunciar la “r” y la “l”), al momento de la valoración no existe problema.

La paciente índice es la séptima hija de 14 hermanos; de los cuales fallecieron dos (3er. y 4º) uno por accidente (se quemó la casa y el niño se quedó adentro), el segundo no recordó la causa la paciente índice; tres hermanos no viven en el domicilio de la familia de estudio; sus padres están separados desde hace 15 años cuando el padre fue acusado de abuso sexual hacia la paciente índice y sus dos hermanas mayores, la paciente índice recuerda golpes por parte del padre hacia la familia y se pregunta porque su papá no les dio consejos (Apéndice G).

Aunque la familia de su esposo les proporcionó un terreno en Hidalgo ella no quiere ir a vivir allá ya que considera debe “proteger a su mamá de su papá que ya salió de la cárcel”, piensa que si no estuvieran en el domicilio ella y sus hermanas el señor llegaría nuevamente a vivir a la casa.

Procesos de comunicación.

Cuando necesita tomar una decisión lo platica con su esposo y a veces con su hermana Elizabeth, considera que la comunicación en el subsistema conyugal es bidireccional y clara, así como en el subsistema fraternal.

En lo referente a la familia extensa de la paciente índice en el subsistema parental con su mamá refirió buena comunicación, no así con su papá, con quien no hay comunicación; en el subsistema fraternal la mencionó mala con su hermano Manuel y Judith porque tiene conocimiento de que frecuentan a su padre.

Durante el interrogatorio se observó a la paciente índice preguntar datos de la historia familiar frecuentemente a su hermana Elizabeth.

Cuando van de visita con la familia de su esposo en el Estado de Hidalgo refirió que su suegra “la atiende bien” (Apéndice H).

Estructura del rol y del poder.

Francisco el padre de familia adopta el rol de proveedor económico, la paciente índice el de cuidadora del hogar y de los hijos, refiere tener el carácter más fuerte que su esposo, Leidy Lizbeth y Jennifer desempeñan el papel de hijas y de estudiantes de nivel primaria.

En lo referente a la toma de decisiones refirió la paciente índice, que son tomadas por ella y su esposo, así mismo refirió que ninguno de los dos toma el rol de jefe.

Las hijas de la familia tienden cada una su cama.

Sistema de valores.

En el aspecto a la hora de llegar a la casa por parte de sus hijas ella las va a recoger a la escuela.

Religión católica, acuden a misa cuando la invitan a las fiestas, las fechas que celebran en familia son el 12, 24 y 31 de diciembre. Menciona que tiene dos niños dios en su vivienda, en el patio de la casa se observa un altar con la virgen de Guadalupe, un nacimiento y un árbol de navidad.

Funciones familiares.

• Función afectiva

En el subsistema fraternal cuando sus hijas están contentas juegan, y cuando están enojadas se pelean entre ellas.

En el subsistema conyugal no se logró la observación directa, sin embargo, Carmen se expresa adecuadamente de su esposo.

En el subsistema parental (paciente índice hacia sus hijas) se observó que la paciente ayuda a sus hijas en las tareas escolares.

La familia se reúne durante la cena.

• Función de socialización.

Cuando sus hijas no cumplen sus indicaciones las regaña, también mencionó que nadie le ayuda con el cuidado de sus hijas, aunque en ocasiones Leydy la hija mayor regresa de la escuela con una vecina de la familia.

Se observó que las hijas de la familia en estudio juegan y conviven conjuntamente con los demás niños de la familia extensa.

Jennifer la hija menor pelea con una hija de Elizabeth, ignora si su esposo tiene problemas en el trabajo.

• Función reproductora.

Menarca (paciente índice) a los 13 años, ritmo de 30 x 3, eumenorreica, Gestas 3, Para 3, abortos 0, menciona violación por parte de su padre aproximadamente a

los 7 años y posteriormente por un vecino en la vía pública (se cambió de domicilio) a los 15 años, no utilizan método anticonceptivo, piensan esperar más tiempo, pero con la llegada del hijo de su hermano Juan Carlos nota que su esposo se emociona.

La Sra. Carmen mencionó no haber recibido alguna orientación para el ejercicio de su sexualidad. Su primer embarazo fue producto de la violación que sufrió a los 15 años y refirió que en esa etapa de la vida tenía desconocimiento de las consecuencias que podían presentarse, específicamente de embarazo.

- **Función económica.**

Se trata de una familia con escasos recursos económicos, como ya se mencionó los gastos corren a cuenta del Sr. Francisco, quien trabaja de ayudante de albañil. La Sra. Carmen administra el dinero.

Durante la visita del 23 de marzo del 2006, la señora Ma. Del Carmen mencionó que trabaja en actividades domésticas, 3 días por semana, cerca de su domicilio.

- **Función de atención a la salud.**

No tienen seguridad social, no se proporcionan medidas de prevención para las enfermedades respiratorias, tampoco para las gastrointestinales, porque piensa que se enfermarían más.

Cuando hay que llevar a las niñas al médico lo hace ella, acuden al médico alópata.

Menciona automedicarse. Cuando les da diarrea a sus hijas les da ½ pastilla de la que desconoce el nombre.

Las cartillas de vacunación de las niñas y de la paciente índice se encuentra al corriente, el padre de familia no cuenta con cartilla de de salud.

Mencionó no recordar fecha de última detección oportuna de cáncer cervicouterino. Se hizo la observación y acudió el 5 de diciembre del 2006.

El modelo de Orem aplicado a la familia.

- **Requisitos del desarrollo.**

Corresponden a una familia en Etapa con niños en edad escolar.

Carmen y Felipe (padres) son adultos jóvenes, el subsistema fraternal se encuentra en la etapa de infancia.

La familia de nivel socioeconómico bajo, nivel de escolaridad primaria por parte de Carmen (madre de familia) y de Felipe (padre de familia) secundaria.

- **Requisitos de desviación de la salud.**

Mencionó que no hay enfermos en la familia, sin embargo su hermana fue detectada con parámetros elevados de glucosa. La salud la concibe como no estar enferma, que no le duela nada, considera que no está obesa.

Se le invitó para nueva toma de destrostix en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria y acudió a la cita acompañada de su mamá, el destrostix para Carmen de 90mg/dl, para su mamá 91mg/dl.

- **Requisitos de autocuidado universal.**

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

La señora Carmen siente que respira bien, no fuma, no se observan signos de dificultad respiratoria, voz normal, la ventilación de la vivienda no es adecuada, como ya se mencionó no toman medidas para protegerse de las vías respiratorias, refiere que sus hijas no se enferman seguido aunque en ese momento se inyectó a la mayor por un problema de laringitis.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Consumen agua de la llave, no la desinfecta, la filtra con una servilleta para que se quede ahí la tierra, Carmen toma 6 vasos de agua al día, por la mañana toma un vaso de café o canela, toma 2 vasos de refresco diarios; Jennifer y Leidy toman 5 vasos de agua, 1 vaso de refresco cada una; en lo que respecta al Sr. Francisco, Carmen mencionó desconocer la cantidad de agua consume al día.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

La paciente índice come tres veces al día, come entre comidas, ella prepara los alimentos (Carmen), los alimentos que consumen más frecuentemente son tortillas y sopa de fideo, los que más prefieren son los frijoles y a ella también las verduras, a sus hijas no le gustan las verduras y a ella el brócoli.

Desayuno de hoy: ½ pan de dulce, 6 galletas saladas y café. 9:00 am.

Desayuno de ayer: torta de tamal con café. 8:30 am

Comida de ayer: 2 platos de sopa de verduras, 5 tortillas. 13:15

Cena de ayer: Sopa de verduras, salsa, rellena, 4 tortillas. 21:30

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.

Negó tener problemas de estreñimiento en algún miembro de su familia. También mencionó no tener dificultades para orinar (paciente índice).

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Duerme 8 horas y media, considera que son suficientes; no realizan algún deporte, solo camina (Carmen) cuando va a la escuela por sus hijas, cuando tiene tiempo libre ve la televisión.

El esposo de la Señora Carmen y sus hijas no realizan algún deporte.

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

La señora Carmen es vocal de la mesa directiva de la escuela de sus hijas. Mencionó que no existe aislamiento de algún miembro de la familia, también reconoció dificultad para adaptarse a situaciones nuevas porque se siente rara.

La paciente índice mencionó no sentirse sola porque tiene a su familia.

En lo que respecta al ejercicio de su sexualidad, refirió haber platicado con su esposo acerca de las situaciones de violencia sexual que sufrió durante la infancia y adolescencia, situaciones que considera su esposo entiende, y por ello manifestó no tener problemas con su sexualidad

Sale a fiestas cuando la invitan, aunque le cuesta trabajo adaptarse a situaciones nuevas.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

La familia de la señora vive en el segundo piso de la casa, no hay barandales, la escalera es de concreto, se observó en el patio de la casa durante dos visitas domiciliarias piedras y madera donde hicieron una fogata, se observaron gallinas en el patio, no están en un corral, convivencia con un perro. En la manzana donde se ubica el domicilio de la familia no se observó alumbrado público, no hay pavimento.

En caso de sismo saldría rápido al patio donde no haya algo que se pueda caer, no sabe a donde acudir en caso de accidentes, no saben los teléfonos de emergencia, guarda cloro en un garrafón no rotulado, así mismo no sabe lo que es un peligro para la vida.

Durante las visitas domiciliarias se tomaron las siguientes constantes vitales y datos de somatometría que se muestran a continuación.

Datos de la exploración física de la familia .

María del Carmen

Fecha.	Peso	Talla	IMC	Signos vitales	C. Cintura	Destrostix
30-11-06	75 kg.	152cm	32.6	110/70, 24resp x' 62 FC	–	89mg/dl
24-03-07	75 kg.	152cm	18	120/80, 26resp x' 70 FC	102 cm.	90mg/dl.
31-05-07	74.5 kg.	152cm	16.9	110/70, 25resp x' 67FC	102 cm.	90mg/dl.

Leydi

Fecha	Peso	Talla
30 nov 06	25.3 kg.	122cm
31 mayo 07	26 kg	122cm

Jennifer

Fecha	Peso	Talla
30 nov 06	20 kg	110 cm
31 mayo 07	22 kg.	111 cm

Cabe aclarar que el padre de familia nunca se encontró en la casa, por esa razón no fue posible tomar datos de él.

Baño y cambio de ropa diario, se lavan las manos antes de comer, sus hijas se lavan los dientes en la mañana, su esposo y ella en la mañana y la noche, desechan la basura cada tercer día, el pasatiempo favorito del subsistema conyugal es ver la televisión

6.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRIORIZADOS

1. Baja autoestima de la paciente índice relacionado con antecedentes de violencia intrafamiliar y sexual manifestado por falta de contacto ocular, dificultad para desenvolverse en situaciones nuevas, retraso en la búsqueda de ayuda.
2. Negación de las consecuencias asociadas al abuso sexual de la paciente índice, relacionado con falta de aceptación manifestado por retraso en la búsqueda de ayuda, falta de percepción y minimización de la relevancia que tienen los antecedentes familiares antes descritos.
3. Desequilibrio de la nutrición familiar por exceso, en especial de la paciente índice relacionado con hábitos alimenticios deficientes, dieta desequilibrada,

consumo de alimentos entre comidas, sedentarismo manifestado por obesidad tipo I (de acuerdo al IMC de 32.6%).

4. Riesgo de accidentes del subsistema fraternal y de los niños de la familia extensa, relacionado con falta de medidas de seguridad en el hogar: barandales en las escaleras y segundo piso de la casa, patio desordenado, juegan sin vigilancia.
5. Riesgo de quemaduras en relación con antecedentes diversos de quemaduras en los miembros de las familias.
6. Riesgo de diabetes de la paciente índice relacionado con obesidad con IMC de 32.6%, sedentarismo, antecedentes de diabetes en línea directa materna.
7. Temor relacionado con la salida del padre de la cárcel manifestado por la expresión verbal de la paciente índice acerca de que ella y su hermana viven en el domicilio materno porque de esa manera no puede acercarse al papá (orden legal de no acercarse a ellas).
8. Riesgo de infecciones gastrointestinales relacionado con conocimientos deficientes de la madre de familia acerca del tratamiento del agua para el consumo familiar (hervirla, clorarla) y la automedicación que mencionó la paciente índice en la valoración.

Diagnósticos de bienestar.

Diagnóstico 1.

Conductas generadoras de salud relacionadas con un interés personal del paciente en aspectos de prevención de cáncer cervicouterino y mamario, el apoyo familiar, manifestado por la utilización de programas preventivos: de cáncer cervicouterino, mamario y detección oportuna de diabetes, así como la aceptación de trabajar con la enfermera especialista en salud pública.

6.3. PLANEACIÓN.

Sistema de Enfermería. Las intervenciones son planeadas dentro del **Sistema de Apoyo Educativo** (Orem, 1995), el cual establece que el agente de autocuidado realice acciones de aprendizaje que dejen como resultado sensibilizar para autocuidarse.

Plan de cuidados.

Diagnóstico 1.

Trastorno de la autoestima de la paciente índice relacionado con antecedentes de violencia intrafamiliar y sexual manifestado por falta de contacto ocular, dificultad para desenvolverse en situaciones nuevas, retraso en la búsqueda de ayuda.

Objetivo.

- La paciente índice demostrará mejora de la habilidad para interactuar con los demás (mantendrá contacto visual, participará en la conversación, expresará pensamientos, sentimientos).
- La paciente índice aceptará la necesidad de ayuda psicológica para superar los acontecimientos violentos vividos.

Intervención de Enfermería

1. Escucha activa.
 - Escuchar activamente, con respecto y empatía.
 - Valorar el entorno del usuario y los factores estresantes, incluyendo preocupaciones sobre la salud física.
2. Potenciación de la autoestima.
 - Animar al paciente a identificar virtudes, ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
 - Escuchar activamente y respetar al usuario.
 - Valorar los puntos fuertes y las habilidades de enfrentamiento existentes y proporcionar ocasiones para su expresión y reconocimiento.
 - Animar a escribir un diario como manera segura de expresión de emociones.
 - Ayudar al usuario a aumentar el sentido de pertenencia.
 - Identificar y limitar las afirmaciones negativas del paciente.
3. Derivación.
 - Derivar a servicios sociosanitarios para ayudar a la familia a cambiar patrones que podrían beneficiar al usuario.
 - Derivar a grupos de autoayuda específicos para las necesidades.

Razonamiento

- La escucha y el respeto aumentan el desarrollo de una relación terapéutica con el paciente (Ackley y Ladwing, 2007)
- Identificar los puntos fuertes y los logros contrarresta la negatividad (Ackley y Ladwing, 2007).
- El mejor plan enfermero puede ser el acceso del usuario y de la familia a servicios especializados (Ackley y Ladwing, 2007).
- Evitar que el paciente se centre solo en las limitaciones puede fomentar la autoestima (Carpenito, 2005).

Evaluación.

- La paciente índice mencionó puntos fuertes y logros personales, como el animarse a hablar en reuniones de escuela para padres.

- La paciente índice manifestó la necesidad de ayuda para superar los efectos de la violencia en su vida familiar.

Diagnóstico 2.

Negación de las consecuencias asociadas al abuso sexual de la paciente índice, relacionado con falta de aceptación manifestado por retraso en la búsqueda de ayuda, falta de percepción y minimización de la relevancia que tienen los antecedentes familiares antes descritos.

Objetivo.

- La unidad multipersonal identificará la influencia de la historia de violencia familiar en la salud de todos los elementos del sistema.
- La unidad multipersonal aceptará la necesidad de acceso a alguna institución de apoyo psicológico que les ayude a enfrentar la situación vivida (violencia física y sexual de la paciente índice).

Intervención.

1. Escucha activa.
2. Proporcionar apoyo psicológico a la persona y a los miembros de la unidad multipersonal.
 - Desarrollar habilidades para proporcionar seguridad y favorezcan la confianza (empatía, aceptación, escucha, resaltar lo positivo).
 - Ayuda a la paciente índice que le permita clarificar las consecuencias de la violencia intrafamiliar a nivel individual y familiar.
3. Consejería
4. Derivación.
 - Exponer el Centro de Salud de San Luis Tlaxialtemalco como un medio para la atención a las necesidades de salud.
 - Fomentar una visita de evaluación por parte de un centro de atención (trabajadora social del Centro de salud de San Luis Tlaxialtemalco). El día 24 de mayo la enfermera especialista acudió al centro de salud de San Luis Tlaxialtemalco y comentó el caso con la trabajadora social, misma que refirió la importancia de que la familia tomará la iniciativa de buscar ayuda, y proporcionó la dirección y teléfonos del Centro Integral de Apoyo a la Mujer más cercano, además de quedar pendiente de algún indicio de búsqueda de ayuda por parte de la familia.
 - Evaluación de las fortalezas y debilidades de la familia para aceptar la participación en grupos de autoayuda.
 - Proporcionar la dirección de la Unidad del Instituto de las Mujeres en la delegación antes denominado Centro Integral de Apoyo a la Mujer (CIAM).
Francisco I. Madero N. 11, Col Barrio el Rosario, C P 16070, Del. Xochimilco.
Teléfono: 56751188.
5. Consejería que propicie un acercamiento con el personal de enfermería del Centro de Salud o del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria, con el objetivo de obtener información referente a grupos de autoayuda.

Razonamiento.

- La escucha y el respeto aumentan el desarrollo de una relación terapéutica con el paciente (Ackley y Ladwing, 2007).
- El mejor plan enfermero puede ser el acceso del usuario y de la familia a servicios especializados (Ackley y Ladwing, 2007).

Evaluación.

- Se estableció una relación de confianza entre la agente de cuidado terapéutico – agente de autocuidado dependiente lo que permitió que la paciente índice reconociera y expusiera sus pensamientos y sentimientos, además de mostrar interés en la adquisición de conocimientos necesarios para prevenir la violencia en sus hijas.
- La agente de cuidado dependiente mencionó que conocía a la trabajadora social del Centro de Salud de San Luis Tlaxialtemalco y que tomaría la iniciativa de acudir a asesoría; sin embargo, este aspecto, y el contacto con el CIAM no pudieron verificarse.
- La paciente índice manifestó en la última visita que estaría abierta a visitas posteriores por parte de Enfermería.

Diagnóstico 3.

Desequilibrio de la nutrición familiar por exceso, en especial de la paciente índice relacionado con hábitos alimenticios deficientes, dieta desequilibrada, consumo de alimentos entre comidas, sedentarismo manifestado por obesidad tipo I (de acuerdo al IMC de 32.6%).

Objetivo

- La paciente índice aceptará que presenta obesidad, así mismo, comprenderá la importancia de bajar de peso para prevenir enfermedades crónicas degenerativas.
- La paciente índice diseñará cambios dietéticos para conseguir el control de peso a largo plazo, usando principios de variedad, equilibrio y moderación que se adapten a sus posibilidades y conocerá la importancia que tiene la actividad física en el control de peso.

Intervención

1. Educación sanitaria

- Con el objetivo de facilitar a la paciente índice aceptar que padece obesidad (auxiliándose de la tabla de peso y talla contenida en la cartilla de salud de la mujer; preguntando acerca de su peso años anteriores, acerca de su condición física anterior y actual, acerca de los motivos de porque no se considera obesa).

2. Consejería acerca de la trascendencia que tienen para la salud de la unidad multipersonal la obesidad y el sobrepeso.

3. Asesoramiento nutricional.
 - Plato del buen comer adaptándolo a los recursos familiares.
 - Hábitos alimenticios: La importancia del desayuno y evitar el consumo de alimentos entre comidas
 - Ayudar al usuario a aprender los tamaños habituales de las porciones.
 - Aumentar el consumo de agua (al menos 2 litros diarios) y evitar las bebidas azucaradas.
 - Suprimir alimentos cuya finalidad es suministrar energía como dulces, pan, bebidas carbonatadas y alcohol.
4. Métodos de conducta:
 - Llevar un diario de alimentación y ejercicio.
 - Distinguir entre impulso y hambre real.
 - Sentarse en la mesa para comer
 - Reservar o distribuir las actividades diarias para los momentos en que tenga hambre.
 - Masticar lentamente.
 - Beber un vaso de agua antes de cada comida, tomar sorbos de agua antes de cada bocado.
 - Actividad física.
 - Comentar los beneficios del ejercicio.
 - Recomendar a la paciente índice caminar por lo menos 30 minutos diarios acompañados con un amigo o hermana (Elizabeth).
5. Fomentar la autorresponsabilidad (animar a la paciente a que asuma más responsabilidades de su propia conducta)

Razonamiento.

- Los estilos de vida saludables son acciones para prevenir enfermedades y accidentes, y que promueven la salud (Tapia, 2006).

Evaluación.

- En la tercera visita domiciliaria la paciente índice aceptó que de 8 años a la fecha ha subido de peso y que se cansa fácilmente cuando acude por sus hijas a la escuela.
- En lo referente a la ingesta de líquidos (agua) la paciente mencionó que consume dos vasos más de agua diariamente, sin embargo, dejar de consumir refresco le ha resultado difícil.
- La paciente índice mencionó la disminución en el consumo de tortilla (una tortilla menos).
- No se logró un cambio evidente en la alimentación debido a los recursos económicos familiares.

- El diario de alimentación no se llevó a cabo, la paciente índice argumento no tener tiempo para ello, debido a sus múltiples actividades en el hogar, agregándose la necesidad de trabajar.
- En lo referente a la actividad física la paciente índice manifestó que con la incorporación de su hermana (Elizabeth) a trabajar, no se sintió motivada para caminar sola, argumentando también que tiene menos tiempo libre debido a que ayuda a sus sobrinos (hijos de Elizabeth) con las tareas escolares.
- La paciente índice mantuvo su peso, únicamente se presentó una disminución de 500 gr. en 6 meses.

Diagnóstico 4.

Riesgo de accidentes del subsistema fraternal y de los niños de la familia extensa, relacionado con falta de medidas de seguridad en el hogar: barandales en las escaleras y segundo piso de la casa, patio desordenado, cloro en un contenedor no rotulado, juegan sin vigilancia.

Objetivo.

El agente de cuidado dependiente reconocerá y mencionará los riesgos de caídas que existen en el hogar, así como las medidas de prevención a su alcance.

Intervención de Enfermería.

1. Identificación de riesgos.
 - Recorrido a la casa con la participación de los miembros de la unidad multipersonal con el objetivo de describir los factores de riesgo personales y del entorno.
2. Apoyo educativo
 - Prevención de caídas.
Mantener el piso ordenado.
Colocar barandales en las escaleras y segundo piso de la casa.
Mantener iluminada la casa.
Supervisar a los niños mientras juegan.
 - Prevención de intoxicaciones.
Guardar las sustancias corrosivas en contenedores herméticamente cerrados, correctamente rotulados y fuera del alcance de los niños.
Mantener los medicamentos dentro de su empaque original, cerrados y colocarlos fuera del alcance de los niños.
Evitar almacenar sustancias peligrosas en envases utilizados normalmente para alimentos.
 - Determinar conjuntamente los cambios necesarios para adaptar el entorno a las necesidades existentes y la mejor forma de realizarlos.
 - Propuesta en relación a la protección de las escaleras con barandal, así mismo, la protección del acceso a los barandales con barreras
 - Procurar mantener un entorno limpio y ordenado.

Evaluación.

- El recorrido se llevó a cabo en compañía de la agente de autocuidado dependiente, quien reconoce y describe los factores de riesgo personales y del entorno.
- Descripción de métodos para prevenir caídas, quemaduras, métodos para prevenir accidentes en la zona de juegos. La agente de cuidado dependiente describió las medidas preventivas para evitar accidentes sin embargo, menciona la falta de accesibilidad financiera para colocar el barandal.
- Ante la insistencia de la agente de autocuidado terapéutico de la importancia de implementar medidas de seguridad para evitar los accidentes, la paciente índice mencionó que en reunión con la familia extensa buscarían alternativas para implementar las medidas de seguridad.
- En lo referente a los niños de la familia la educación para la salud, en este aspecto, únicamente se llevó a cabo de manera incidental, es decir, cuando por diversas circunstancias se encontraban presentes (por no tener clases en la escuela).

Diagnóstico 5.

Riesgo de quemaduras en relación con antecedentes diversos de quemaduras en los miembros de las familias.

Objetivo.

El agente de cuidado dependiente reconocerá y mencionará los riesgos de quemaduras que existen en el hogar, así como las medidas de prevención a su alcance.

Intervención de Enfermería.

1. Identificación de riesgos.

- Recorrido a la casa con la participación de los miembros de la unidad multipersonal con el objetivo de describir los factores de riesgo que existen personales y del entorno.

2. Apoyo educativo.

- Apoyo educativo

Prevención de quemaduras.

No dejar nunca a un niño pequeño sin supervisión en un área donde se cocine.

Mantener fuera del alcance cerillos y encendedor.

Evitar jugar con cohetes.

Evitar sobrecargar los enchufes eléctricos

Evitar clavijas eléctricas defectuosas, cables pelados o utensilio eléctricos defectuosos.

Evitar fumar en la cama o sillón mientras se esta somnoliento.

Evitar prender fogatas en el patio de la casa.

Evaluación.

- El recorrido se llevó a cabo en compañía de la agente de autocuidado dependiente, quien reconoce y describe los factores de riesgo personales y del entorno.
- Descripción de métodos para prevenir quemaduras en los miembros de la familia extensa. La agente de cuidado dependiente describió las medidas preventivas para evitar quemaduras en la familia.
- En lo referente a los niños de la familia la educación para la salud, en este aspecto, únicamente se llevó a cabo de manera incidental, es decir, cuando por diversas circunstancias se encontraban presentes (por no tener clases en la escuela).

Diagnóstico 6.

Riesgo de diabetes (paciente índice) relacionado con obesidad con IMC de 32.6%, sedentarismo, antecedentes de diabetes en línea directa materna.

Objetivo

La paciente índice comprenderá la importancia de la conjugación de los factores de riesgo para la aparición de la diabetes como la obesidad, el sedentarismo, los antecedentes familiares, lo que le permitirá implementar acciones de autocuidado para prevenir la enfermedad.

Intervención de Enfermería.

1. Educación para la salud.

- Informar que su hermana Elizabeth es diabética.
- Fomentar estilos de vida saludables como la práctica de ejercicio, disminución de peso, desayuno diario.
- Consejería dirigida a la comprensión de la importancia de los factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes.

2. Escucha activa.

- Escuchar los comentarios y creencias sobre la enfermedad y resolver dudas

Razonamiento.

La escucha y el respeto aumentan el desarrollo de una relación terapéutica con el paciente (Ackley y Ladwing, 2007).

Evaluación.

- Durante la 4ª y 5ª visita la paciente índice fue capaz de describir prácticas nutricionales saludables como: evitar comer entre comidas, desayuno diario, consumo de agua.

- En la última visita fue capaz de describir los beneficios de la actividad y el ejercicio, además de los efectos para la salud de la obesidad y la diabetes.
- No hubo disminución considerable de peso, continua el riesgo.

Diagnóstico 7.

Temor relacionado con la salida del padre de la cárcel manifestado por la expresión verbal de la paciente índice acerca de que ella y su hermana viven en el domicilio materno porque de esa manera no puede acercarse al papá (orden legal de no acercarse a ellas).

Objetivo

La paciente índice identificará el efecto del temor en la unidad multipersonal lo que permitirá plantear alternativas para cambiar o controlar los aspectos del temor susceptibles de ello.

Intervención de Enfermería

1. Escucha activa.
 - Valorar el origen del miedo con el agente de cuidado dependiente.
 - Ayudar al paciente índice a explicitar claramente el temor y el porque de éste.
 - Identificar como expresa el miedo el paciente índice.
2. Consejería.
 - Apoyo informativo acerca de las instituciones sociales a las que puede acercarse.
 - Proporcionar toda la información que sea solicitada.
3. Fomentar la resistencia
 - Ayudar al paciente a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.
 - Alentar el apoyo familiar en situaciones no urgentes (familia, amigos, vecinos).
4. Derivación.
 - Grupos de autoayuda.

Razonamiento.

- El mejor plan enfermero puede ser el acceso del usuario y de la familia a servicios especializados (Ackley y Ladwing, 2007).
- Identificar los puntos fuertes y los logros contrarresta la negatividad (Ackley y Ladwing, 2007).
- La escucha y el respeto aumentan el desarrollo de una relación terapéutica con el paciente (Ackley y Ladwing, 2007).

Evaluación.

- La dislexia de la paciente índice se acentúa con el temor, situación que se hace de su conocimiento.
- La paciente refiere a la familia como factor de seguridad; además de recordar que existe orden legal para que no se acerque su padre a la familia.
- La asistencia al Instituto de las mujeres de la delegación no pudo evaluarse.

Diagnóstico 8.

Riesgo de infecciones gastrointestinales relacionado con conocimientos deficientes de la madre de familia acerca del tratamiento del agua para el consumo familiar (hervirla, clorarla).

Objetivo

La paciente índice adquirirá los conocimientos y habilidades necesarios que le permitan implementar acciones de autocuidado para prevenir infecciones gastrointestinales.

Intervención de Enfermería

1. Escucha activa.
2. Enseñanza: tratamiento del agua para consumo de la familia.
 - Hervirla.

Evaluación.

- La paciente expuso las medidas de tratamiento que utiliza en el hogar para el consumo de agua (aplicación de gotas de un producto comercial).
- Descripción de las medidas para prevenir las infecciones gastrointestinales.
- No acepto hervir el agua debido al consumo de gas.
- El agente de autocuidado dependiente devolvió el procedimiento de desinfección del agua.

Diagnósticos de bienestar.

Diagnóstico 1

Conductas generadoras de salud relacionadas con un interés personal del paciente, el apoyo familiar, manifestado por la utilización de programas preventivos: de cáncer cervicouterino, mamario y detección oportuna de diabetes, así como la aceptación de trabajar con la enfermera especialista.

Objetivo

La paciente índice identificará y utilizará los recursos comunitarios disponibles para recibir asistencia; y enumerará formas de incluir conductas de bienestar en su estilo de vida actual.

Intervención de Enfermería

1. Identificación de riesgos.
 - Revisión de cartillas de vacunación de la familia.
2. Educación sanitaria.
 - Fomento y evaluación de la utilización de los servicios preventivos como vacunación, examen dental, detección de cáncer cervicouterino y mamario.
 - Enseñanza y exploración mamaria.

- Invitación al Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de San Luis Tlaxialtemaco con su mamá para detección oportuna de diabetes e hipertensión arterial.
3. Apoyo en la toma de decisiones.
 - Enseñanza de la importancia de la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.
 4. Fomento de la autorresponsabilidad.

Razonamiento.

El mejor plan enfermero puede ser el acceso del usuario y de la familia a servicios especializados (Ackley y Ladwing, 2007).

Evaluación.

- Conducta de fomento de la salud parte de la paciente índice al mostrar las cartillas de vacunación de sus hijas, esposo y de ella completas.
- La paciente índice acudió en compañía de su mamá al Centro Universitario de Enfermería Comunitaria a la detección de diabetes y de hipertensión arterial.
- El 5 de diciembre se realizó la detección oportuna de cáncer cervicouterino con resultados pendientes de entregar.
- Devolución del procedimiento de autoexploración mamaria.
- En la última visita mostró comprobantes de exámenes médicos extendidos por el Sistema para el Desarrollo Integral de la familia que por iniciativa propia les practicaron a sus hijas en la escuela.

CAPITULO 7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Durante el desarrollo del estudio de caso familiar la paciente índice mostró disponibilidad para la intervención de la enfermera, además de notarse claramente la confianza depositada en la enfermera al compartir sus experiencias personales positivas y negativas.

Dentro de las intervenciones de la especialista se trataron de hacer notar las necesidades de salud no sentidas que presentaba la familia; como la de búsqueda de ayuda para tratar de superar la violencia sexual de la paciente índice (en acuerdo con la paciente índice), la prevención de accidentes en el hogar, prevención de enfermedades crónico degenerativas; sin embargo, el proceso resulto muy complejo y el aspecto que primeramente aceptaron fue la necesidad de búsqueda de ayuda, se observó mayor resistencia al control de peso como medida preventiva para evitar la diabetes.

Es necesario resaltar que la unidad multipersonal estudiada presenta fortalezas por ejemplo la realización de estudios médicos escolares a las hijas de familia por iniciativa propia; a si mismo la utilización de servicios preventivos por parte de la paciente índice (detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario) con la previa intervención educativa de la enfermera.

Sin embargo, en la familia, subsisten factores de riesgo como la pobreza, el bajo nivel escolar, el hacinamiento, mismos que al conjugarse con la propia historia familiar, presentan riesgos para la salud familiar.

Por otro lado, la aplicación de teorías para la promoción de la salud en la familia como la teoría del desarrollo de Duvall, 1977, permitió valorar la etapa de desarrollo de la familia, aspecto que sirvió de guía en el análisis de las necesidades de promoción de la salud familiar.

La utilización de la Teoría estructural funcional permitió observar el efecto y la repercusión en la salud de las relaciones familiares dentro del sistema; a su vez, la Teoría sistémica hace que la enfermera considere el efecto de los factores externos (ambientales, sociales, económicos) en la familia, también permitió comprender que las familias son únicas, y que la forma de sentir las necesidades de salud, está notablemente influenciada por la cultura.

Estas teorías al conjugarse con la Teoría General del Déficit de Autocuidado, que aborda las capacidades de autocuidado familiar y el tipo de intervención de la enfermera permitieron una valoración holística familiar, con pautas para, planear e implementar las intervenciones consideradas factibles en la familia en estudio.

En lo que respecta a la experiencia del especialista al desarrollar el estudio de caso familiar, me parece que la familia es un sitio muy importante para la promoción de la salud, pero también muy complejo.

El presente trabajo también sirvió de aproximación clara a las fortalezas de la profesión, como por ejemplo un mayor acercamiento a la población, la confianza y el respeto y la responsabilidad que reflejó la familia al abrir sus puertas para la intervención de la enfermera especialista

Además, la utilización de estructuras teóricas diferentes a las de enfermería como instrumentos para el proceso de cuidado familiar.

Se sugiere lo siguiente:

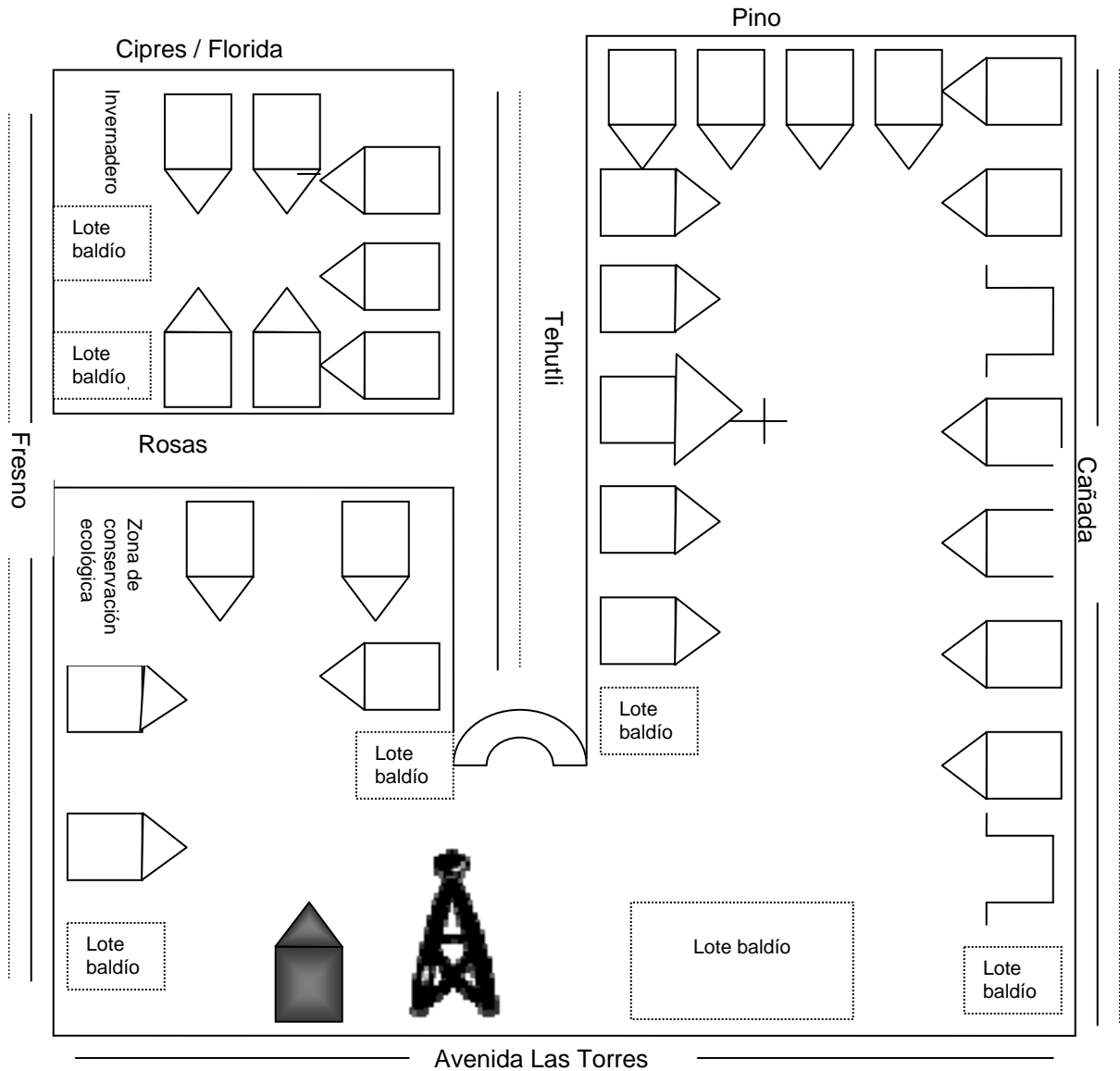
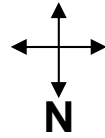
- La difusión de la aplicación de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, complementada con otras teorías para el estudio de caso familiar como la Teoría de desarrollo, la Teoría estructural funcional, y la Teoría de sistemas

- La práctica de familia con otras especialidades, que permita un proporcionar cuidado integral, además de socializar los conocimientos de la enfermería de manera interdisciplinaria.

APÉNDICES

APÉNDICE A

Croquis de manzana de trabajo y domicilio de la familia de estudio.
 AGB 086 - 06 San Luis Tlaxialtemalco.
 Fecha de elaboración: diciembre 2006.



Simbología			
Casa		Torre de electricidad	
Casa en construcción		Terracería transitable todo el tiempo.	
Templo		Calle cerrada	

Modificado de Guía metodológica básica para la atención médica familiar. Secretaría de Salud. México.

PARTICIPAN:

SALUD PÚBLICA:

Lic. Enf. Arias Sánchez Sagrario.
Lic. Enf. Cabañez Rojas Felipe de Jesús.
Lic. Enf. Colón Echeverría Javier Alfredo.
Lic. Enf. Estrella Beristain Laura.
Lic. Enf. Fernández Barrera Isaías Israel.
Lic. Enf. García Puga Maria Teresa.
Lic. Enf. González González Brenda America.
Lic. Enf. Pérez Ríos Guadalupe.
Lic. Enf. Solís Camarillo Maricruz.
Lic. Enf. Torres Chirinos Miriam.
Lic. Enf. Torres García Margarita

ENFERMERIA DEL ANCIANO:

Lic. Enf. Carranza Loeza Miguel Iván
Lic. Enf. Casales Hernandez Ma. Guadalupe
Lic. Enf. Contreras Apolito Carolina
Lic. Enf. Martínez Torres Lyliann

CORDINADORES

MTRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ
LIC. EZEQUIEL CANELA NÚÑEZ

CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA

Av. 5 de mayo s/n c/ esq. Calvario
Tel. 58 43 31 77

APÉNDICE B.



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

DETECCIÓN OPORTUNA DE DIABETES
Y
VALORACIÓN GLOBAL DEL ANCIANO

LOS DÍAS 15 Y 16 DE NOVIEMBRE

EN EL PARAJE DE TECONCAYUCO:

VALORACIÓN GLOBAL DEL ADULTO MAYOR

Si tiene 65 años o más, espérenos en su domicilio, le estaremos visitando para detectar problemas respecto a su salud como:

- ✧ Problemas para dormir (despertares frecuentes)
- ✧ Problemas con su memoria (olvidos frecuentes)
- ✧ Problemas con su estado de ánimo (tristeza)
- ✧ Problemas para caminar (caídas y dolor)
- ✧ Saber que actividades realiza en casa



Si quieres saber más sobre como cuidarse lo esperamos en el centro universitario de enfermería comunitaria

DETECCIÓN OPORTUNA DE DIABETES

¿Tienes familiares **Diabéticos**?
¿Quieres saber si eres diabético?
¿Sabe como prevenir la Diabetes?
¿Cada cuando te realizas tu prueba de azúcar en sangre?

Te invitamos a participar con el grupo de enfermería que próximamente visitará tu hogar para resolver tus dudas sobre este y otros temas relacionados con tu salud.





APENDICE C
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA



DETECCION OPORTUNA DE DIABETES Y VALORACION GLOBAL DEL ANCIANO



**LOS DÍAS 15 Y 16 DE NOVIEMBRE
EN EL PARAJE DE TECONCAYUCO**

**CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA
COMUNITARIA**

**Av. 5 de mayo s/n c/ esq. Calvario
Tel. 58 43 31 77**

APÉNDICE D. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN.



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

VALORACIÓN FAMILIAR

Comunidad: _____ Folio: _____

Responsable: _____ Fecha: _____

Factores condicionantes básicos.

Apellidos de la familia: _____

Domicilio: _____

Sector: _____ Teléfono: _____

Características de la vivienda:

Casa: Propia _____ Rentada _____ Otros _____

Número de habitaciones _____

- Recamaras: _____
- Baño: _____
- Cocina: _____
- Sala: _____
- Comedor: _____

Techo:

Loza:	Lamina:	Teja
	Cartón _____ Asbesto _____	

Pared:

Tabique	Adobe	Lamina
c/ aplanado: _____ s/ aplanado: _____		Cartón:

Pisos:

- Concreto: _____
- Loseta: _____
- Tierra: _____

Servicios básicos:

	Si	No
Drenaje:		
Agua potable		
Luz eléctrica		
Teléfono		
Gas		
Recolección de basura		
Alumbrado público		
Vigilancia/ seguridad		
Calle pavimentada		
Alcantarillado		
Jardines/ áreas verdes		

Cróquis:

3. Tipo de familia:

4. Historia familiar , incluyendo los eventos importantes y experiencias de salud (nacimientos, muertes, pérdidas, divorcios) que sucedieron en la vida familiar.

Evento	Persona	Fecha	Motivo
Nacimiento			
Casamiento			
Perdida empleo			
Divorcios			
Muertes			

Narración de historia familiar.

5. Estructura familiar.

A). Estructura del rol.

En su casa ¿quién adopta el papel de jefe de familia? _____

¿Quién toma las decisiones con respecto a la salud? _____

¿Quién es el responsable del cuidado de la casa? _____

¿Existen horarios de llegada a casa después de la escuela o trabajo? _____

¿Hasta que hora esta permitido ver T.V.? _____

B) Sistema de valores.

¿Qué tipo de actividades religiosas realiza la familia en conjunto? _____

¿Cuáles son las fechas durante todo el año que festejan por motivos religiosos? _____

¿Qué reglas existen en su hogar? _____

¿Qué tipo de obligaciones tienen los integrantes de la familia en la escuela, hogar y trabajo? _____

Describir si existen en el domicilio signos de influencia mística y cultural (imágenes, adornos, símbolos, etc.) _____

C) Procesos de comunicación.

¿Cuándo necesita tomar una decisión familiar con quién lo platica? _____

¿Cuándo le sucede algo agradable o desagradable con quién lo comenta?

¿Cómo resuelven los problemas familiares? _____

¿Cómo describe la comunicación entre los integrantes de la familia? _____

¿De su familia quién tiene el carácter más fuerte?

¿Con quién es más difícil platicar? _____

D) Estructura del poder.

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

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

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

¿Quién decide sobre el futuro de la familia?

¿Cómo se identifica el ejercicio de poder en el subsistema conyugal?

¿Cómo se identifica el ejercicio de poder en el subsistema parental?

¿Cómo se identifica el ejercicio de poder en el subsistema fraterno?

6. Funciones familiares.

A) Función afectiva.

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

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

B) Función de socialización.

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

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

Si _____ No _____

¿Por qué?

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

Si _____ No _____

¿Quién y de qué tipo?

C) Función reproductora.

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

¿Utiliza algún método de planificación familiar?

Fecha de último papanicolau _____ Reporte _____

¿Existen planes para tener hijos? Si _____ No _____

¿Por qué? _____

¿Existe algún problema para ejercer su sexualidad? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

D) Función económica.

¿Quién o quiénes resuelven los gastos familiares?

¿Cómo resuelve la familia los problemas para satisfacer las necesidades de salud?

E) Función de atención a la salud?

¿La familia cuenta con seguridad social? Si _____ No _____

¿Por parte de quién?

¿Qué hace la familia para cuidarse diariamente?

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

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

Requisitos de autocuidado universal.

A) Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

¿La ventilación del hogar es adecuada? Si _____ No _____

¿Algún miembro de la familia fuma? Si _____ No _____

¿Quién? _____

¿Qué medidas de prevención implementa la familia para protegerse de las vías respiratorias? _____

¿Algún miembro de la familia enferma continuamente de las vías respiratorias?

¿Sabe usted si existen contaminantes cerca de su domicilio?

B) Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

El agua que consume de donde la adquiere _____

¿Cómo desinfecta el agua? _____

¿Qué cantidad y tipo de líquidos ingiere al día? _____

C) Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

¿Quién prepara los alimentos? _____

¿Quién sirve los alimentos?

¿Qué alimentos se consumen con mayor frecuencia?

¿Qué tipo de alimentos prefiere la familia?

¿Qué tipo de alimentos le desagradan a la familia?

¿Se reúne la familia para el consumo de alimentos?

¿Qué toma la familia cuando alguno de los integrantes tiene problemas de digestión de los alimentos?

D) Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación

¿Algún miembro de la familia tiene problemas de estreñimiento?

¿Algún miembro de la familia sufre de diarrea constantemente?

¿Algún miembro de la familia tiene problemas para orinar?

¿Qué tipo de remedios utiliza la familia en caso de algún problema de estreñimiento o diarrea?

E) Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

¿Cuántas horas duerme diariamente?

¿Qué funciones desempeñan en el trabajo los integrantes de la familia?

¿Los miembros de la familia realizan algún deporte? Si _____ No _____

¿Qué tipo? _____

¿Qué actividades realizan en sus tiempos libres?

F) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la integración social?

¿Algún miembro de la familia participa en algún grupo social? Si _____ No _____

¿Cuál? _____

¿Algún miembro de la familia suele aislarse? Si _____ No _____

¿Quién? _____

¿Cada cuando se reúne la familia para convivir y que actividades realiza?

G) Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

¿Sabe qué hacer en caso de algún accidente? Si _____ No _____

¿Saben a dónde acudir en caso de accidente? Si _____ No _____

¿A dónde? _____

¿Conocen los teléfonos de emergencia y de protección civil más cercanos?

Si _____ No _____

¿Qué tipo de sustancias (limpieza, químicos) utilizan y en qué las guardan

¿Se observa la presencia de fauna nociva?

¿Existe algún basurero a cielo abierto?

¿Cada cuando desechan la basura?

8. Requisitos de autocuidado del desarrollo.

Etapa de desarrollo de los miembros de la familia

¿Existen problemas económicos de la familia?

¿Existe algún problema para llevar una adecuada alimentación?

¿Algún miembro de la familia está enfermo? Si _____ No _____

Escolaridad de los miembros de la familia

9. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

¿Cuentan con ayuda medica apropiada? Si _____ No _____
Si _____ No _____

¿Con qué frecuencia acude al médico para el control de su enfermedad?

¿Cumple con su tratamiento? Si _____ No _____

¿Es consciente de los efectos negativos de la no adherencia al tratamiento?
Si _____ No _____

¿Qué haría en caso de alguna emergencia?

¿Qué es la salud para usted?

¿Es consciente de los efectos y condiciones de su estado de salud?
Si _____ No _____

5.3 Realiza alguna actividad religiosa, social, cultural, recreativa o educativa-

5.7 Decoración del hogar (señales de influencias culturales)

Frecuentan algún lugar dentro de la comunidad

6. Identificación religiosa.

6.1 Todos los miembros de la familia practican la misma religión _____

6.2 ¿Qué tan frecuentemente participa la familia en la iglesia, templo u otra organización? _____

6.3 ¿Qué practicas religiosas realiza la familia? _____

7. Nivel de clase social (situación económica)

7.1 ¿Quiénes llevan el sustento a la familia? _____

Etapa de desarrollo e historia familiar.

9. Etapa de desarrollo de la familia _____

EVALUACIÓN DE LA VISITA REALIZADA

OBSERVACIONES: _____

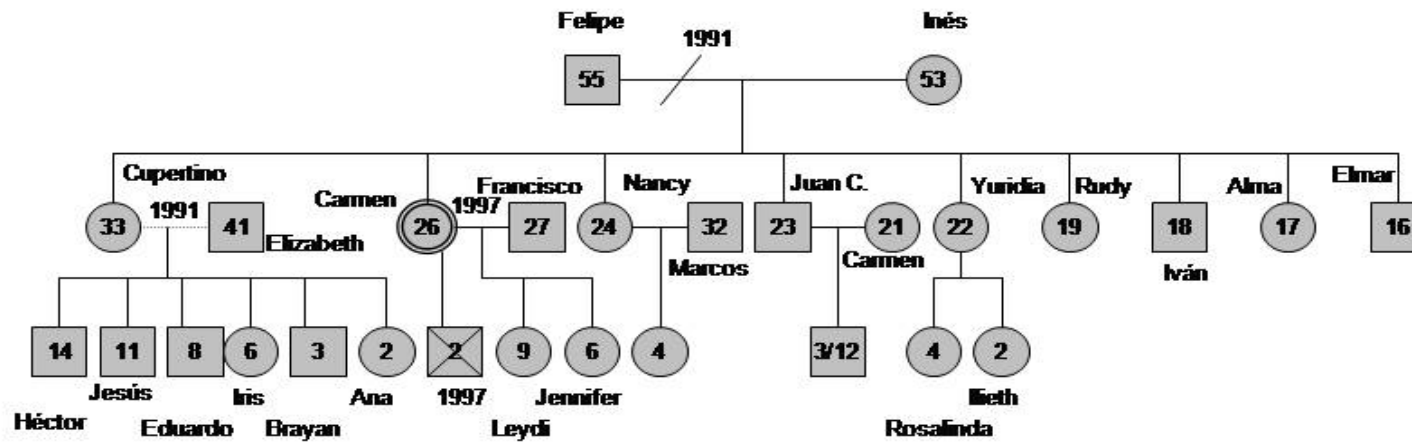
PROXIMA CITA: _____

APÉNDICE F.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE CAMPO.

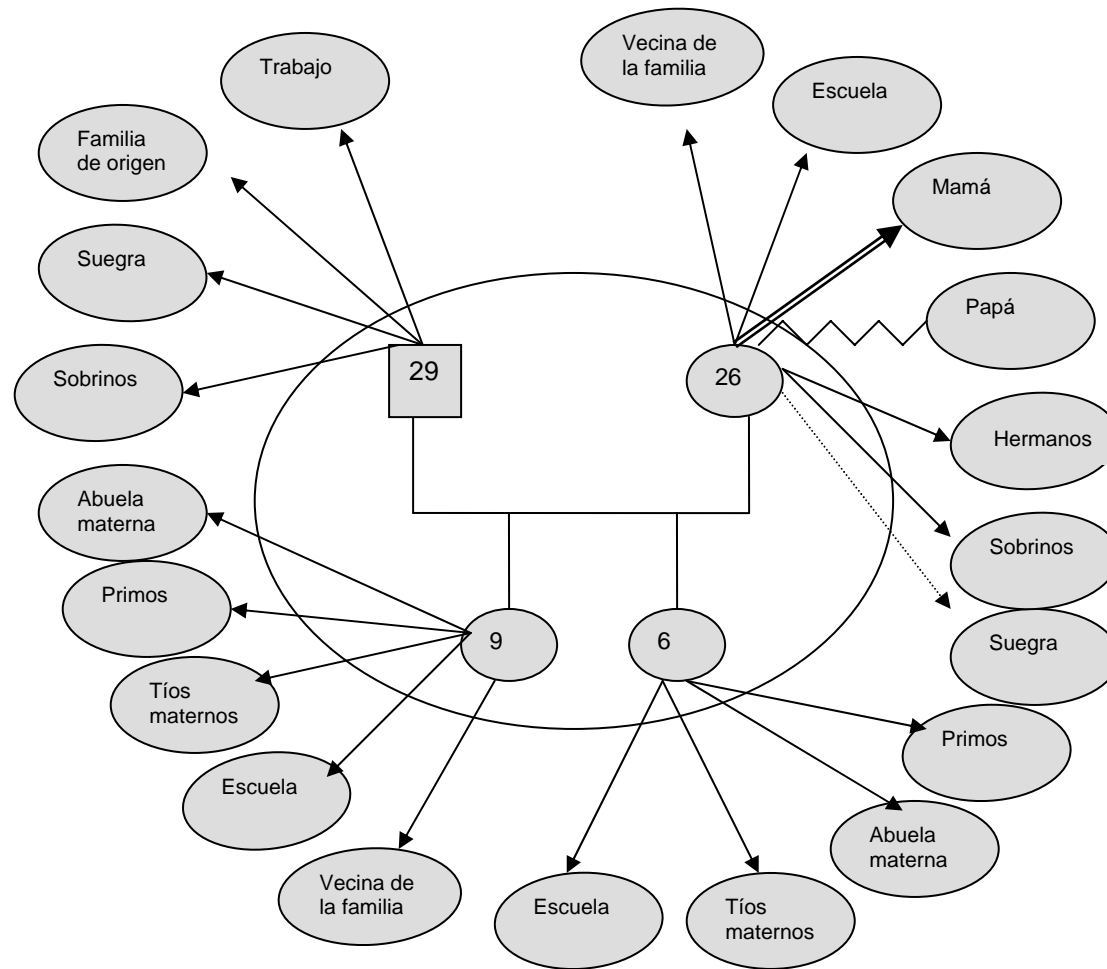
Fecha	Actividad
13 de noviembre 2006.	Reconocimiento de la comunidad y asignación de manzanas.
14 de noviembre 2006.	Difusión de la "Campaña detección de enfermedades crónico degenerativas: diabetes e hipertensión arterial"
15 y 16 de noviembre 2006.	Ejecución de la campaña y elección de familia para estudio.
28 de noviembre 2006	Acuerdo con la familia para la intervención educativa de enfermería
30 de noviembre 2006	Visita domiciliaria.
4 de diciembre 2006	Visita domiciliaria.
5 de diciembre 2006	Visita domiciliaria.
24 de marzo de 2007	Visita domiciliaria.
31 de mayo de 2007	Visita domiciliaria.

**APÉNDICE G. GENOGRAMA
FAMILIA B.M.**



5 de diciembre 2006

APÉNDICE H. ECOMAPA FAMILIAR



BIBLIOGRAFIA

Alfaro, L. Aplicación del proceso enfermero, fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona: Masson; 2005.

Hernández, J., Moral, P. y Esteban, M. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. España: McGraw – Hill Interamericana; 2003.

Iyer, P., Taptich, B., y Bernocchi, D. Proceso y diagnóstico de enfermería. México: McGraw – Hill Interamericana; 1997.

Andrade R, Martínez N. “El proceso enfermero para brindar atención de calidad”. Desarrollo Científico de la Enfermera 2004 Enero - febrero; 12(1):17-19.

Orem, D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson – Salvat; 1993.

Marriner, A. y Raile, M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Harcourt; 1999.

Ostiguín, R. y Velásquez, S. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. México: El Manual Moderno, 2001.

Cavanagh, S. Modelo de Orem. Aplicación práctica. Barcelona: Masson – Salvat; 1993. pp167.

Friedman, M. M. Family Nursing. Theory and Practice. 3a ed. Norwalk, Connecticut: Appleton Century Crafts, 1986.

Madeline, W. Familias saludables. Formas y procesos. Estados unidos de Norteamérica.

Harmon, S. Family health care nursing: theory, practice, and reseach. Estados Unidos de Norteamérica: F. A. Davis Company, 2001.

Huerta, J. Medicina familiar. La familia en el proceso salud – enfermedad. México: Alfil, 2005.

Kozier, B. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. España: McGraw – Hill Interamericana ;1999.

Klainbberg, M. Enfermería. Salud Comunitaria. Colombia: Mc Graw Hill; 2001.

Secretaría de Salud. Salud: México 2001 – 2005. Información para la rendición de cuentas; 2006.

Tapia – Conyer R, Sarti E, Kuri, Ruiz Matus C, Velásquez O. El manual de Salud Pública. México: Intersistemas, 2006.

Olaíz-Fernández G. Rivera-Dommarco J. Shaman-Levy T. Rojas R. Villalpando-Hernández S. Hernández Ávila M. Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México: INSP, 2006.

NORMA oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.

NORMA oficial mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria".

NORMA Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar.

Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial para la Salud, 2002.

Piedrola, G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Masson, 2001.

Novel, M., Lluch, M. y Miguel, M. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. Barcelona: Masson, 2005.

Medina-Mora, Borges-Guimaraes, Lara C, Ramos-Lira, "Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana" Salud pública México 2005 47(1)

Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) 2003. México, 2003.

Secretaria de salud. Comisión interinstitucional de enfermería. Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México. México, 2001.

Ley General de Salud. Ley de salud para el Distrito Federal y disposiciones complementarias. México: Porrúa, 2002.

Ruiz, R. "El maltrato a la mujer: propuesta de solución en enfermería". Desarrollo científico de la enfermera. 2007, 15(4):175-179.

Gayosso E. "Influencia del apoyo educativo de enfermería en autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Desarrollo científico de la enfermera 2003; Noviembre Diciembre; 11(10):292 -295.

Alamilla M, Canto F, Chable S, Moo A. "Factores condicionantes básicos sobre las acciones de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2"; Desarrollo científico de la enfermera 2004 Enero - febrero; 12(1):9 -13.

Gutierrez, G., Canela, E. Familia con déficit de comunicación en el subsistema conyugal y alimentación (estudio de caso). México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México, 2006.

Chavez, L., Canela E. Alteración de la nutrición por exceso en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco (estudio de caso). México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México, 2006.

Alatorre E., Gutiérrez A., “La violencia familiar en San Luis Tlaxialtemalco: Un estudio con enfoque de género”. Enfermería Universitaria 2005; 2(2):5-12.

Flores M., Carrión C., Barquera S. “Sobrepeso materno y obesidad en escolares mexicanos. Encuesta Nacional de Nutrición, 1999”. Salud Pública de México. 2006, 47 (6).

Secretaría de Salud. Guía metodológica básica para la atención medica familiar. México.

Burns, N., Grove, S. Investigación en enfermería. España: Elsevier; 2004

Ackley, J. Betty y Ladwing B. Gail. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. España: Elsevier; 2007.

<http://www.virtual.unal.edu.co/curso/enfermería>. 2007.