



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
POSGRADO EN ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA.

**TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO COMO BASE
EDUCATIVA PARA MODIFICAR ACTITUDES QUE
AYUDEN A LA FAMILIA A RECUPERAR LA SALUD.**

ESTUDIO DE CASO FAMILIAR
PARA OBTENER EL GRADO DE
ENFERMERA ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:
L.E.O HERNÁNDEZ MÁRQUEZ ROSA MARÍA

ASESOR:
CTA, A DRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ



MÉXICO D.F. NOVIEMBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ASESOR:

CTA, A DRA. LILIANA GONZÁLEZ JUÁREZ

AGRADECIMIENTO

A la Mtra. Liliana González Juárez por su valiosa asesoría, paciencia y apoyo otorgado para la realización y culminación del presente. ¡Mil gracias!

Al Mtro. Ezequiel Canela Núñez por sus enseñanzas y apoyo en el momento requerido.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) que me ha permitido ser parte de la población universitaria, de la cual me siento orgullosa, pero sobre todo a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) que me ha brindado la oportunidad de continuar mi preparación profesional.

(Enfermería a nivel técnico, Licenciatura en enfermería y obstetricia, así como el posgrado en salud pública).

DEDICATORIA

A Dios, ser omnipotente quién me regalo: una linda familia (Riky, Kary y Ale), mentalidad para realizar cada reto de mi vida y la oportunidad de continuar mi formación profesional.

A mi familia que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar en los momentos difíciles, sobre todo a Riky mi esposo amado, que con regaños y palabras de aliento me tendió la mano cuando más lo necesite. A Kary y Ale por ser la razón y la inspiración de seguir adelante en todo momento y por quienes doy la vida.

A mis padres: Toñita y Ricardo protagonistas importantes en mi vida, que han creído en mi desempeño como persona y profesional.

A mis hermanos que de alguna manera han contribuido para la construcción de la nueva etapa de mi formación profesional.

A mis compañeras de la especialidad, sobre todo a Angy e Hilda compañeras entrañables y queridas que siempre me apoyaron con sus conocimientos, aportaciones y ayuda incondicional; principalmente por su amistad (hoy fuerte y hermosa).

A Leticia Calderón y Martitha Vargas por sus palabras de aliento en momentos de debilidad y quebrantos.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
OBJETIVOS	11
CAPÍTULO I	MARCO TEÓRICO
I.1	Proceso de Enfermería 12
I.2	Teoría de Dorothea E. Orem 15
I.3	Teoría de desarrollo familiar 23
I.4	Genomapa y ecomapa 27
I.5	Intervenciones de Enfermería en Tanatología 33
I.6	Diabetes 39
I.7	Diálisis Peritoneal 47
I.8	Estudios Relacionados 48
CAPÍTULO 2	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES
2.1	Ley General de Salud 51
2.2	Código de Ética Para Enfermeras 53
CAPÍTULO 3	METODOLOGÍA 56
CAPÍTULO 4	PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A LA FAMILIA
4.1	Valoración familiar 58
4.1.1	Datos generales familiares 58
4.1.2	Estructura familiar 61
4.1.3	Funciones familiares 62
4.1.4	Modelo de Orem aplicado a la familia 63
4.2	Diagnósticos de enfermería 66
4.3	Planeación 67
4.3.1	Plan de cuidados 67
4.4	Ejecución 67
4.5	Evaluación 67
CAPÍTULO 6	CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS 74
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	80

INTRODUCCIÓN

Una de las actividades académicas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) es promover la práctica Especializada de enfermería en Salud Pública con un particular énfasis en el desarrollo de habilidades para la búsqueda de evidencias científicas en sus estudiantes, con el fin de fundamentar los cuidados que proporcionan a la población y con ello incidir en la salud de los colectivos humanos.

La salud pública tiene un amplio campo de acción, ya que dentro de sus funciones esenciales se encuentran el monitoreo de la situación sanitaria, la protección del medio ambiente, promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles, legislación y regulación en salud pública, salud ocupacional, servicios y gestión de salud, y atención sanitaria a las poblaciones, por lo tanto incide en la satisfacción de las necesidades de salud de la población, comunidad y familia, donde la Enfermera Especialista tiene una gran responsabilidad profesional en la promoción a la salud y prevención de los problemas de salud prevalentes.

El propósito del presente estudio de caso familiar fue proporcionar atención de salud a la familia, reconociendo a esta como la unidad básica de cuidado, empleando intervenciones especializadas de enfermería basadas en un eje metodológico y en enfoques teóricos de enfermería y de salud familiar.

El eje metodológico que se utilizó en este estudio de caso familiar fue el Proceso de Atención de Enfermería en sus 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones realizadas de acuerdo a las problemáticas encontradas.

El eje teórico de enfermería fue la aplicación de la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, considerando la valoración de los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación de la salud.

El tercer eje teórico fue la teoría de desarrollo familiar de Duvall como marco de referencia para promover las intervenciones de enfermería de forma integral de los

problemas de salud y con visión familiar para la implementación de intervenciones enfocadas a incidir en el autocuidado a la salud.

En el trabajo se exponen los objetivos enfocados a la atención de salud de la familia, estos orientaron nuestras intervenciones, para lo cual nos apoyamos de un marco teórico con el fin de sustentar científicamente nuestras intervenciones con la familia. De la misma forma este trabajo se respalda en lo establecido por el documento de la “ética para enfermeras y enfermeros en México” como guía ético-moral de conductas de las actividades profesionales.

Para facilitar la revisión de este trabajo se plasmaron las intervenciones de acuerdo a los requisitos de autocuidado de mayor a menor importancia pero en la práctica se aplicaron de acuerdo a las necesidades detectadas en el momento que fueron requeridas por la familia.

Por último se realiza la evaluación de las intervenciones comparando los objetivos con los resultados obtenidos.

Al trabajar con la familia directamente y conocer sus necesidades de salud se abrió una puerta donde se experimento el otorgamiento de intervenciones de enfermería enfocadas a nivel familiar, diferentes a las que se viven dentro de los hospitales, en el cual se atiende al paciente individualmente.

El Especialista de Enfermería en Salud Pública se enfrenta actualmente a desarrollar soluciones inmediatas a los problemas de salud prevalecientes y emergentes, por lo tanto reconocemos la importancia de desarrollar intervenciones de salud integral y con enfoque familiar, preventiva y costo efectivas.

JUSTIFICACIÓN

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se preocupa por preparar profesionales que incidan en la atención de familias con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, por lo tanto durante la formación de los especialistas de salud pública, se integran elementos teóricos-prácticos enfocados en el cuidado y promoción de la salud familiar.

En la actualidad, la diabetes se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y el primero a nivel nacional, es consecuencia del gran avance en la tecnología y la urbanización en las grandes ciudades, está relacionado con factores de orden social y biológico entre los que se encuentran: la raza, el envejecimiento de la población y los estilos de vida no saludables como es el sedentarismo, la dieta rica en grasa y alta en carbohidratos, la inactividad física y el sobrepeso (<http://new.poho.org/hon/index.php> s/f). Por todo lo anterior consideramos que un componente esencial para la prevención de este padecimiento, es el cuidado de la salud con enfoque familiar.

En México, desde 1940 la diabetes ya se encontraba dentro de las primera 20 causas de mortalidad, con una tasa de 4.2 por 100 000 habitantes pese a ello, se consideraba una enfermedad poco frecuente (1% de la población adulta). Las consecuencias de la enfermedad crecieron a partir de 1970, cuando la diabetes ocupó el 15º lugar como causa de muerte. Diez años después ocupó el 9º lugar y para 1990 alcanzó el cuarto lugar como causa de mortalidad general. A partir del 2000, la diabetes es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. (<http://www.scielo.org.mx/scielo>). Por lo que ahora es un problema que afecta a la población mexicana.

Datos y estimaciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) revelan que el número de personas que sufren diabetes en América Latina podría llegar a 32.9 millones para el 2030. En el 2010 las tasas más elevadas de prevalencia de diabetes corresponden a Belice (12.4%) y México (10.7 %). La obesidad está

umentando en todos los grupos de edad en el mundo. Estudios sobre la problemática en Chile y México indican que entre el 7 y 12 % de los niños menores de cinco años y una quinta parte de los adolescentes son obesos. En los adultos se estima que la tasa de sobrepeso y obesidad se aproxima al 60% de la población. (<http://new.paho.org/hon/index.php?option>)

Según la Federación Internacional de Diabetes (FID) entre las complicaciones graves se encuentran enfermedades cardiovasculares que afectan al corazón y vasos sanguíneos con complicaciones coronarias y derrames cerebrales; enfermedades renales que pueden desencadenar una insuficiencia renal terminal y la necesidad de diálisis o trasplante de riñón, enfermedades vasculares y neuropatías, que pueden acabar por generar ulceración y amputación de las extremidades inferiores así como enfermedades visuales, caracterizadas por lesiones en la retina del ojo, que puede generar la pérdida de la visión parcial o total. (<http://new.paho.org/arg/index.php>)

Ante esta gran problemática el Especialista de Enfermería en Salud Pública, tiene la responsabilidad profesional de reconocer, analizar y dar respuestas a los problemas actuales de salud de la población. Por lo tanto, es preciso implementar intervenciones de Enfermería que incidan en la promoción a la salud, desarrollo del autocuidado y prevención de complicaciones. Abordar a la familia como unidad básica de cuidado es fundamental, pues es en este ámbito donde se inicia el aprendizaje de conductas de autocuidado a la salud.

Para lograr estas actividades es necesario contar con teorías que fundamenten las intervenciones de enfermería como la teoría de Dorotea E: Orem y la teoría de Desarrollo familiar de Duvall con el objeto de guiar al Especialista en la atención de las necesidades de salud de la familia utilizando la metodología para desarrollar cuidados, como es el Proceso Atención de Enfermería.

El presente trabajo es producto de la práctica escolar durante el posgrado de la Especialidad de Salud Pública y se realizó con base a las teorías citadas, los resultados fueron favorables de acuerdo a los objetivos propuestos dentro del proceso de enfermería aplicado a la familia V.F. Se dio atención a la familia así como al individuo de acuerdo a las necesidades de salud detectadas al momento

de trabajar con ellos. Se obtuvieron resultados inmediatos y otros se monitorearon a través de un seguimiento a la familia. Al término del plan de intervenciones, se logró que la familia se sensibilizara para el autocuidado, lo cual favoreció la recuperación de la estabilidad emocional de la familia y fuera consciente de los factores de riesgo para la salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar atención especializada a la familia con problemas de salud crónicos para promover el autocuidado, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería, basándose en la Teoría de Déficit de Auto Cuidado de D. Orem, y en la Teoría de desarrollo familiar de Duvall.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la estructura, funciones y líneas de comunicación en la familia V.F a fin de reconocer las situaciones que contribuyan al mantenimiento de la salud familiar

Identificar el déficit de autocuidado de la familia con el propósito de promover actitudes positivas que ayuden a recuperar el estado de salud alterado de la familia.

Favorecer conductas de autocuidado, que incidan en el control del padecimiento crónico y en la prevención de complicaciones.

Promover la atención tanatológica familiar, a fin de incidir en el control del estrés, temores y angustia.

Promover el autocuidado del cuidador primario, para la prevención de padecimientos de salud.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I.1 PROCESO DE ENFERMERÍA

Para toda enfermera(o) el Proceso de Atención de Enfermería es una actividad diaria de trabajo organizado, resultado de observación e investigaciones; se utilizan estructuras teóricas y modelos conceptuales como soporte para la detección de necesidades de salud de los individuos, familias y comunidades. Este sistema nos guía para comprender los problemas complejos del paciente y aplicar el conocimiento para dar atención al mismo. Griffith (1992) refiere que la práctica de la enfermería ha progresado, desde el empleo de los razonamientos científicos, la técnica aséptica y el aprendizaje de principios, hasta la aplicación total de los planteamientos científicos.

El desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería se basa en teorías que apoya sus procedimientos para; describir, explicar y predecir acciones que faciliten la prevención, promoción, mantenimiento y rehabilitación de la salud.

El concepto de Proceso Atención de Enfermería es definido por Alfaro (2003) como: “una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros”. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve cuidados humanísticos, centrados en objetivos y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar continuamente lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlo.

El Proceso de Atención de Enfermería se compone por: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación del mismo, estas etapas pueden ser aplicadas al individuo, familia y a la comunidad según sea requerido.

La **valoración** (Hernández, 1999) “Es un proceso organizado, sistemático y deliberado de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de un paciente y poder establecer conclusiones posteriormente”.

La valoración de enfermería involucra no solo al individuo, sino también al medio que lo rodea, la familia, las personas con las que se relaciona, sus patrones culturales y su estado físico y psicológico del paciente.

Esta etapa se requiere reunir los datos con los que se cuentan, procedentes de diversas fuentes, una de ellas es el mismo paciente, pues el mismo nos ofrecerá con mayor precisión sus percepciones y sensaciones personales sobre su situación de bienestar; esta será nuestra fuente primaria.

Los datos obtenidos por todas aquellas personas que rodean al paciente o documentos a los que podamos tener acceso que refieran información del paciente relevante, serán nuestras fuentes secundarias. Debe tomarse en cuenta que la valoración de enfermería podría identificar respuestas potenciales que requieren una intervención de enfermería. Para llevar a cabo esta etapa es necesario valerse de métodos como la observación principalmente, la entrevista y la exploración física.

El **diagnóstico de enfermería** es el segundo paso del proceso de enfermería el cual nos permitirá entender la situación del paciente donde se identificaran los aspectos positivos y negativos del mismo y que afectan la situación de salud del paciente.

“El diagnóstico de enfermería es un juicio acerca del problema de un paciente, al que se llega mediante proceso deductivos a partir de los datos recogidos. La índole del problema es tal que puede mitigarse mediante la intervención de enfermería”.

Los diagnósticos de enfermería surgen en la década de los 60's en Estados Unidos de América donde se reconocía la necesidad de desarrollar una terminología que describiera los problemas de salud, en 1973 la Universidad de San Luís Missouri se llevó la primera conferencia sobre diagnóstico de enfermería y en la 4ta conferencia se identificó 42 categorías de diagnósticos, esto fue el inicio de una base científica.

En la actualidad existen varias formas de expresar los diagnóstico de enfermería y una de ella probablemente la más utilizada es el sistema Asociación Norteamericana para los Diagnósticos de Enfermería (NANDA) que posteriormente fue adoptado por la Asociación Americana de Enfermería (ANA) como el sistema de diagnóstico oficial de los Estados Unidos en 1988.

La NANDA maneja tres tipos de diagnósticos:

- **Real** – juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de salud.
- **De alto riesgo** – es un juicio clínico acerca de la vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad para desarrollar un problema y de otros que se encuentran en situación similar.
- **De bienestar** – es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

Cuando se redacta un diagnóstico de enfermería por lo general se utilizan las etiquetas de la lista de la NANDA, pero la taxonomía continua evolucionando y es necesario elaborar diagnósticos de enfermería no contenidos en esta. Uno de los principales problemas en la estructura de los diagnósticos enfocados a la familia, es que los diagnósticos de la NANDA, están orientados individualmente y no pueden ser suficientemente específicos para guiar las intervenciones de enfermería en este ámbito de aplicación.

Por lo antes mencionado, es necesario elaborar diagnóstico utilizando el formato PES. Este fue identificado por Gordon (1976) como problemas de salud (P), etiología (E) y la agrupación de signos y síntomas (S). Cumple con muchos lineamientos importantes como el de centrarse en el paciente y el ser específico (Hernández, 1999).

Los diagnósticos individuales y los relacionados con la comunidad y la familia pueden tratar aspectos reales o potenciales, o promover y/o mantener la salud óptima de la familia, y pueden establecer su funcionalidad y estructura, dependiendo del modelo de familia que se utilice.

Para la comunidad los diagnósticos se establecen de acuerdo a su estructura y proceso; estos incluyen las características: demográficas, socioculturales, políticas, recreativas, de alojamiento, de transporte, de educación, religiosas, ambientales, económicos y de cuidados de la salud.

La planeación es la tercera fase del proceso, se elaboran estrategias para reforzar las respuestas del paciente sano, para reducir y corregir las respuestas del paciente enfermo identificadas en el diagnóstico de enfermería.

Se elaboran los objetivos, esto es, lo que será capaz de hacer el paciente como objetivo de las acciones e intervenciones de enfermería. También se describen como actúa el profesional de enfermería para ayudar al paciente para conseguir los objetivos, se toman decisiones para elaborar el plan de cuidados.

Para su elaboración se debe elegir un marco conceptual adecuado para determinar las direcciones de la intervención de enfermería. Después es necesario considerar el diagnóstico de enfermería al que se ha llegado después de haber recopilado los datos necesarios para su valoración y por último se decide lo que se pretende conseguir.

En la **ejecución** se pone en marcha el plan de cuidados de enfermería para conseguir los objetivos propuestos, se ejecutan las intervenciones de enfermería para modificar los factores que contribuyen los problemas del paciente. Durante esta fase el profesional de enfermería debe ser capaz de coordinar eficazmente las actividades de los distintos miembros del equipo sanitario, prestar cuidados directos al paciente y delegar responsabilidades. Los planes de cuidados son ejecutados en diversos ambientes de atención sanitaria, tales como hospitales, domicilios, escuelas, clínicas, consultas médicas y otros; independientemente del marco de intervenciones, se utiliza el proceso de enfermería para prestar atención a los individuos.

La última fase del proceso de enfermería es la **evaluación**; aquí el diagnóstico y los objetivos son el marco para la resolución del problema del paciente y se utilizaran como marco para la evaluación. Las consecuencias que se producen en el paciente, las acciones intelectuales, interpersonales y técnicas, los cambios derivados de ella; son los objetos de evaluación. Nos indica el grado en que el diagnóstico y la intervención de enfermería han sido correctos; por lo consiguiente se determina si el plan de cuidados es el adecuado, es real, actual o necesita revisión (Hernández, 1999).

1.2 TEORÍA DE DOROTHEA OREM

La teoría de Orem es denominada teoría de enfermería del autocuidado porque es descriptiva, explicativa de la relación entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de autocuidado, o las demandas de autocuidado de

los niños y del adulto que de ellos dependen. De esta forma el déficit significa la relación entre las acciones que los individuos deberán llevar a cabo y las capacidades de acción de los individuos para el autocuidado o el cuidado dependiente, estos argumentos están expresados por Orem (1996) como se demuestra a continuación.

El déficit de autocuidado puede asociarse con la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales. La teoría de enfermería del déficit de autocuidado supone que la enfermería es una respuesta de los grupos humanos a un tipo de incapacidad para la acción a la que están sujetos los seres humanos; la incapacidad de cuidar de sí mismo o de las personas que dependen de ellos.

El autocuidado significa el cuidado que es realizado por uno mismo para sí mismo cuando ha llegado un estado de madurez que le capacita para la acción consistente, controlada y dirigida hacia un objetivo. La teoría postula dos variables del paciente: agencia de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico. Y una variable para la enfermera: la agencia de enfermería (Orem, 1996).

La teoría ha alcanzado un notable nivel de aceptación dentro de la comunidad de enfermería por su aplicación en diversas poblaciones y grupos de edad, desde neonatos hasta ancianos.

La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que, la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estarán limitadas por problemas de salud, lo que les hace total o parcialmente incapaces de cubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer el cuidado de sí mismo; o de quienes están a su cargo y le impide de forma permanente medidas que controlen o dirijan los factores que regulan el desarrollo y el buen funcionamiento propio de las personas a su cargo.

Este modelo reconoce al ser humano de manera integral, por lo que se identifican cinco premisas básicas que describen una teoría general de enfermería en torno a la naturaleza de los seres humanos.

Los seres humanos requieren aportaciones continuas y deliberadas, en sí mismos y en su entorno para permanecer vivos y funcionar de acuerdo con las cualidades de la naturaleza humana. La agencia humana, la facultad de actuar deliberadamente se ejercita en forma de cuidado a uno mismo y a otros para la identificación y producción de las aportaciones necesarias.

Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción en su cuidado y en el de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales. La agencia humana se ejercita en el descubrimiento, desarrollo y transmisión a otros de formas y medios para identificar las necesidades de aportaciones y producir las que sean necesarias para sí mismo y para otros.

Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas, agrupan las tareas y asignan responsabilidades para proporcionar cuidados a los miembros del grupo que padecen privaciones para producir las aportaciones deliberadas, requeridas para sí mismos y para otros.

Limitaciones del autocuidado: Se da cuando el ser humano puede presentar

limitaciones para el cuidado cuando: La persona puede carecer de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizá no tenga el deseo de adquirirlos. Puede tener dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda. Puede tener dificultades para aprender sobre uno mismo y sobre las acciones requeridas para el auto cuidado. Puede haber problemas para participar en la planificación y realización de los cuidados a causa de incapacidad física, psicológica o emocional (Cavanagh, 1993).

La persona como agente de autocuidado:

Cuidar de uno mismo requiere el inicio de una compleja serie de conductas que exigen un enfoque de autocuidado personal e intencionado y que debe poseer los siguientes requisitos: Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo, como agente de autocuidado y sobre las condiciones y factores internos y externos

significativos para el auto cuidado. Controlar la energía física, disponible y suficiente para el inicio y continuación de las operaciones del auto cuidado. Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y la finalización de las operaciones de autocuidado. Habilidad para razonar dentro del marco del autocuidado de referencia. Motivación (es decir orientación del autocuidado, dirigir objetivos que estén de acuerdo con las características y significado para la propia vida, salud y bienestar). Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo para que las decisiones sean operativas. Habilidad para adquirir conocimientos técnicos sobre el autocuidado de fuentes autorizadas; recordarlo y hacerlo operativo. Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas de comunicación, e interpersonales, adaptadas al desempeño de las acciones de autocuidado. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acciones apropiadas en relación a las acciones previas y posteriores para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado. Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas a los aspectos relevantes de la vida personal, familiar y de la comunidad.

Teoría del autocuidado:

Autocuidado es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El cuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Normalmente los adultos cuidan de los mismos en forma voluntaria. Los lactantes, niños y ancianos, enfermos e incapacitados requieren cuidados completos o ayuda en las actividades de autocuidado. El autocuidado es una conducta, una actividad aprendida a través de las relaciones interpersonales y la comunicación. La idea central del autocuidado se apoya en cuatro suposiciones previas: En igualdad de suposiciones los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas y mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia. Las formas de cubrir

los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grupos sociales.

El autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de las familias, son formas de acción intencionada dependientes para su realización de la acción de los individuos. La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el auto cuidado y el cuidado de los miembros dependientes de las familias (Orem, 1996).

Una visión general, los individuos capaces de hacerse cargo de su propio auto cuidado y realizan: Apoyo los procesos vitales, físicos, psicológicos y sociales. Mantienen la estructura y mantenimiento humano. Desarrollan plenamente su potencial humano. Previenen las lesiones o enfermedades. Curan o regulan la enfermedad con ayuda. Curan o regulan los efectos de la enfermedad con ayuda.

El modelo de Orem maneja los **Requisitos de autocuidado** son el principal componente, indican una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo y existen dos tipos más de requisitos de autocuidado; requisitos de autocuidado del desarrollo y requisitos de autocuidado de desviación de la salud.

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

Los **Requisitos de autocuidado del desarrollo** están relacionados con la producción y el mantenimiento de los procesos vitales que apoyan el desarrollo hacia los niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración. En las etapas del desarrollo, debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo, deben considerarse los requisitos universales y demandas específicas de salud de acuerdo al nivel de desarrollo de cada individuo.

Las etapas específicas del desarrollo incluyen:

- Vida intrauterina y nacimiento.
- Vida neonatal, incluye parto prematuro, a término, niño con bajo peso o peso normal al nacer.
- Lactancia.
- Etapas de desarrollo; infancia, adolescencia y adulto joven.
- Etapas de desarrollo en la edad adulta.
- Embarazo en la adolescencia o edad adulta.

Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, incapacidad o está recibiendo atención médica. Aquí el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidado:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en patologías específicas.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente escritas.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas por el médico.

5. Modificación del auto concepto de auto imagen, aceptándose como un ser con un estado particular de salud que requiere formas específicas de cuidado.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida, que promueva el desarrollo personal continuo.

Teoría del déficit de autocuidado describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, determina cuando y porqué se necesita de la intervención de la enfermera, tiene su origen en la finalidad propia de la enfermería.

La enfermedad reciente o crónica, la experimentación de un trauma emocional, puede requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros (amigos o familia).

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que producen en sí mismos y en su entorno, sin embargo cuando la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella, la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus demandas de auto cuidado (Orem, 1996).

Déficit del autocuidado es la relación que existe entre el individuo que demanda atención terapéutica con la agencia de autocuidado en la cual las capacidades para el autocuidado se ve limitada y no se logra la satisfacción de todos los componentes identificados, completos o parciales.

La teoría postula dos variables del paciente, que se contemplan relacionadas entre sí.

1.- *Agencia de autocuidado*: Es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de auto cuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. *Agente*: Se refiere a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

2.-Demanda de cuidado terapéutico: Es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado y a la vez es una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

La enfermera debe contemplar la relación con las variables del paciente.

Agente de cuidado dependiente: las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería, es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras personas tienen requisitos de auto cuidado a los que no pueden responder por si solos y satisfacerlos total o parcialmente.

Requiere del conocimiento y capacidad de las enfermeras para comunicarlos a otros y ayudar a satisfacer las necesidades de la persona; así como desarrollar sus propias capacidades de autocuidado de su salud.

La Teoría de los sistemas de enfermería es el componente organizativo esencial de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado, ya que establece la relación entre las propiedades del paciente y las enfermeras. Los sistemas de enfermería pueden ser producidos para personas que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tienen demandas de autocuidado terapéutico, para familias o para otras unidades multipersonales.

Son acciones prácticas intencionadas de las enfermeras, realizadas en un determinado momento en coordinación con acciones de sus enfermos, para conocer y cubrir los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico de los mismos, proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de auto cuidado de los enfermos.

La **agencia de enfermería** son sistemas de enfermería formados por las enfermeras a través del ejercicio deliberado de las capacidades especializadas de enfermería; que las facultan para representarse a sí mismas como enfermeras y dentro del marco de una legítima relación interpersonal, a actuar, conocer y ayudar a las personas (familia, grupo y

comunidad), a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo o ejercicio de su agencia de autocuidado.

Los **Sistemas que integran la teoría** son:

Sistema de enfermería totalmente compensatorio: el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera se hace cargo de ellos hasta que el paciente pueda reanudar su propio autocuidado o hasta que se adapte a la incapacidad.

Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: el papel de la enfermera es compensatorio, el paciente está implicado en su propio cuidado, toma decisiones y acciones. La responsabilidad es compartida enfermera paciente.

Sistema de Apoyo/Educativo: la enfermera ayuda a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades, el paciente es capaz de realizar las acciones necesarias para el auto cuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones (Cavanagh 1993).

I. 3 TEORÍA DE DESARROLLO FAMILIAR

La familia es conceptualizada por diversos autores y dependencias quienes coinciden en similitudes en su concepto. Hall (1990) define a la familia como un sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común.

Velasco (2001) refiere que la familia es una organización única que constituye la unidad básica de la sociedad. Desde el punto de vista sociológico, el ser humano necesita vivir en un grupo y en familia.

Se puede mencionar un sinnúmero de conceptos y clasificaciones de diversos autores pero el marco referencial del desarrollo familiar de Duvall proporciona una guía para analizar y examinar los cambios básicos y las tareas de desarrollo comunes a la mayoría de las familias durante su ciclo de vida. Duvall refiere ocho etapas de desarrollo familiar:

La etapa I: (al iniciarse la familia) comienza con la pareja casada cuando establece una relación mutua satisfactoria. Los deberes de la pareja se

centran en la formación de una relación íntima y un equilibrio de su vida común, se planea la familia y establece una relación armoniosa con los parientes políticos y las nuevas amistades; se ajusta el tiempo de embarazo y la planeación de la paternidad.

La etapa II: (maternidad temprana) comienza cuando el primer niño está entre el nacimiento y los 30 meses, en esta época los deberes de la familia comprenden el ajuste a las necesidades y las demandas críticas del niño en tanto que continúa el establecimiento de un ambiente hogareño satisfactorio. Los cambios en los papeles y responsabilidades con la paternidad son deberes importantes.

La etapa III: (familias con preescolares) comienza cuando los padres se adaptan a las necesidades e intereses estimulantes del niño preescolar para motivar el desarrollo del niño. La privacidad de los padres se disminuye. Al sumarse el segundo niño los padres pueden experimentar una responsabilidad mayor. Los padres pueden experimentar una responsabilidad creciente ante la crianza de un segundo niño y la necesidad de un espacio mayor es vital y de más tiempo para conservar la intimidad y la comunicación entre ellos.

La etapa IV: (familias con niños en edad escolar) inicia cuando el niño mayor ingresa a la escuela; los deberes familiares giran alrededor del ajuste a las actividades de la comunidad en las que interviene el niño, alentando sus logros educativos y conservando una relación marital satisfactoria. Los deberes básicos incluyen el equilibrio del tiempo y la energía para alcanzar las demandas de trabajo, de las necesidades y actividades del niño, los intereses sociales de los adultos y los requerimientos de la comunicación abierta y la armonía en las relaciones maritales y con los demás familiares.

Etapa V: (familias con adolescentes) se inicia cuando el niño mayor llega a la pubertad, hay una separación gradual conforme el niño desarrolla su independencia y su autonomía. Deben adaptarse al equilibrio de la libertad para el desarrollo del cumplimiento de las responsabilidades familiares, debe mantenerse la comunicación abierta entre padres y adolescentes,

continuar con la intimidad de la relación marital y establecer intereses y atenciones fuera de casa conforme los adolescentes abandonan el hogar.

Etapa VI: (familias con hijos mayores) inicia cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el último se ha ido. Los padres deben estar preparados para aceptar la partida de los hijos; después de que los hijos se han ido los padres necesitan reorganizarse y restablecer la unidad familiar. Los papeles y las responsabilidades de los esposos se desplazarán durante este periodo ya que es posible que la esposa vuelva a trabajar fuera de casa. Con el nacimiento de los nietos, los papeles de los padres y sus propias imágenes requieren cierta acomodación familiar.

Etapa VII: (familia de edad madura) inicia cuando los hijos han dejado el hogar, cuando los padres de edad madura tienen más tiempo y libertad para cultivar su interés social y sus ocios. Puede ser un periodo de reconstrucción del matrimonio y del logro de interrelaciones satisfactorias con sus padres ancianos como con sus hijos y la familia de estos. Los intereses mayores se presentan en el retiro laboral mientras se conserva la salud física y emocional.

Etapa VIII: (familias ancianas) inicia cuando uno de los esposos se jubila y continúa hasta la muerte de ambos. Los deberes críticos se centran en encontrar suficiente energía y motivación para buscar y participar en entretenimiento agradables dentro de las limitaciones económicas y de salud.. La tarea principal es ajustarse a la jubilación a los estilos de vida y aceptar la muerte de amigos y del cónyuge. Es común cerrar el hogar y mudarse a una comunidad de retirados, de esta manera se establecerán nuevos lazos con amistades en una comunidad nueva y encontrar otras actividades placenteras (Duvall citado por Griffith, 1999).

Como ya se menciona, Duvall maneja ocho etapas de desarrollo, sin embargo cada familia tiene características únicas donde podrían traslaparse estas etapas.

Sussman (citado por Velasco 2001) clasifica a la familia como: La *familia nuclear tradicional*, compuesta por marido, mujer e hijos, en la cual todos viven juntos en una sola unidad organizacional. *Familia compuesta solo por la pareja* en la cual los cónyuges viven juntos, no tiene hijos ó estos ya no viven con ellos. *Familias con un solo progenitor* como consecuencia de divorcios, abandono, o bien la separación de los miembros de la pareja conyugal; en este grupo, por lo general, uno de los progenitores viven con los hijos producto de la unión. Personas que viven solas. *Familias de tres generaciones*. En este grupo existen diferentes posibilidades de cohabitación dentro de una sola unidad familiar, dado que es una variante de las anteriores estructuras familiares. *Matrimonio en edad avanzada* donde el marido es el sostén de la familia, la mujer es ama de casa madura y los hijos asisten a la universidad o bien ya poseen un empleo u incluso algunos de ellos ya se han casado. *Familias extensas*, compuestas por varias familias nucleares, así como también por uno o varios parientes solteros que viven e interactúan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios. En algunos casos, incluso incorporan a personas no unidas a la familia por vínculos, sanguíneos o de afinidad, sino únicamente por lazos estrechos de amistad. *Familias con una segunda carrera profesional*, es decir, aquellas donde la mujer busca empleo una vez que los hijos van a la escuela o se han marchado del hogar. *Familias reconstruidas*, donde uno o los dos miembros de la pareja conyugal ha estado casado con anterioridad, y uno o ambos incorporan a la nueva familia los hijos producto de la relación anterior.

Sussman también menciona la nueva visión de la familia como: *Un progenitor soltero* con uno o más hijos del mismo o diferente padre. *Una pareja no casada con un niño*, quien puede ser hijo propio o adoptado de manera informal. *Organizaciones de vida comunal*, en ella las organizaciones están constituidas por varias parejas monógamas con hijos, todas las cuales comparten recursos comunes o bien un matrimonio colectivo en el cual todos los adultos están casados entre si y son padres de todos los niños. *Parejas del mismo sexo*, con o sin hijos, estos últimos quizá sean adoptados o hijos legítimos de algunos de los integrantes de la pareja (Sussman, citado por Velasco 2001).

Cuando se estudia a la familia es necesario examinar las relaciones y las interacciones de los miembros de la familia en los cuales influyen factores culturales étnicos y socioeconómicos.

Hall (1990) señala que cada familia se verá enfrentada a periodos de transición durante los cuales ocurren cambios que alteran la estructura familiar. Hay dos tipos de acontecimientos que iniciaran la transformación intrafamiliar: normativos y los paranormativos. Los normativos se refieren a los que suceden regularmente en casi todas las familias y que surgen de las funciones de normales de casi todas las familias y que surgen de las funciones de la procreación y la crianza de los hijos por ejemplo, el matrimonio, el nacimiento, el ingreso a la escuela, etc. y los paranormales son sucesos frecuentes pero no tan universales de los cuales se incluyen el aborto, el divorcio, la enfermedad,, la muerte prematura, etc.

La dinámica familiar funcional combina sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada miembro de la familia desarrollarse como individuo y le da la convicción de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los otros. En las familias funcionales, las crisis se encarar en grupo; cada miembro acepta un papel que ayuda a enfrentar la emergencia, y la familia cambia para adaptarse a las circunstancias. Cada miembro conoce las fuerzas positivas y las debilidades de los otros. Cada miembro da apoyo a los otros y también lo pide. Se preserva la jerarquía abuelos-padres-hijos, pero de una igualdad democrática en el ámbito humano permite el cambio cuando la familia necesita funcionar como flexibilidad para satisfacer nuevos requerimientos.

La familia puede ser afectada cuando uno de sus miembros tiene problemas de salud manifestándose por depresión, irritabilidad, angustia, mal humor, intolerancia y dolores físicos. El riesgo de sufrir depresión es mayor en los familiares de las personas que la padecen, sobre todo si son parientes biológicos en primer grado, ya sean niños, adolescentes o adultos (Dulanto, 2004).


1.4 GENOGRAMAS Y ECOMAPAS


Un **genograma** es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Representan la información en forma gráfica de manera que proporciona una rápida visión de normas familiares y una rica fuente de hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución del problema a través del tiempo, también facilitan tener en mente a los miembros de una familia, así como ciertas normas o sucesos que puedan tener importancia en el tratamiento de la familia (Mac. Goldrick, 1987).


Por lo general el genograma se construye durante la primera sesión y luego se revisa a medida que se obtiene más información. En ellos se pueden ver con claridad las pautas de las enfermedades previas y cambios tempranos en la relación de la familia originados a través de los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, proporcionando una rica fuente de hipótesis sobre qué es lo que lleva al cambio a una determinada familia (Mac. Goldrick, 1987).

La columna vertebral de un genograma es una descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológicamente y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazo es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Como sucede con cualquier mapa esta representación solo tendrá significado si los símbolos están definidos para aquellos que tratan de leer el genograma (Mac. Goldrick, 1987).

La estructura familiar muestra diferentes miembros de la familia en relación los unos con los otros. Cada miembro está representado por un cuadrado o un círculo según su género (Masculino = cuadro y femenino = círculo). Para la persona índice (o paciente identificado) alrededor del cual se construye el genograma, las líneas son dobles (Mac. Goldrick, 1987).

Femenino 

Masculino 


Paciente índice 


Para una persona fallecida se coloca una X dentro de la figura. Las fechas de nacimiento y de fallecimiento se indican a la izquierda y a la derecha por encima de la figura. La edad de las personas al morir se indica por lo general dentro de la figura.


Persona fallecida 

Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por medio de otros símbolos

Embarazo 

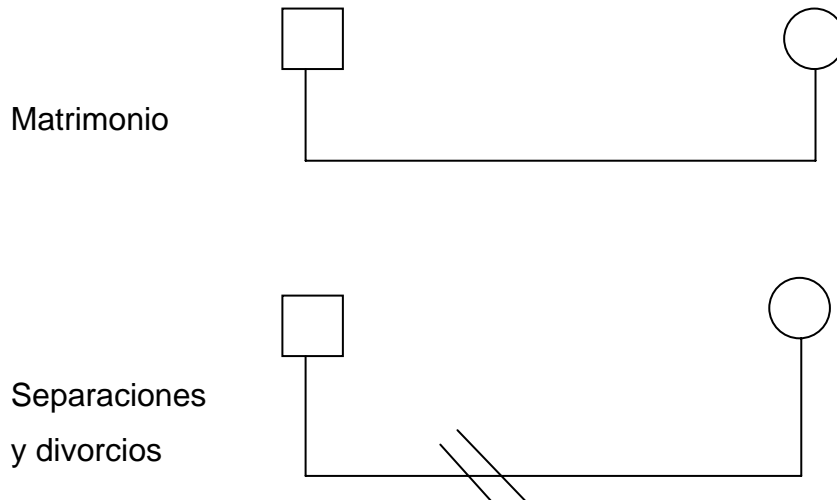
Parto de un feto muerto 

Aborto espontáneo 

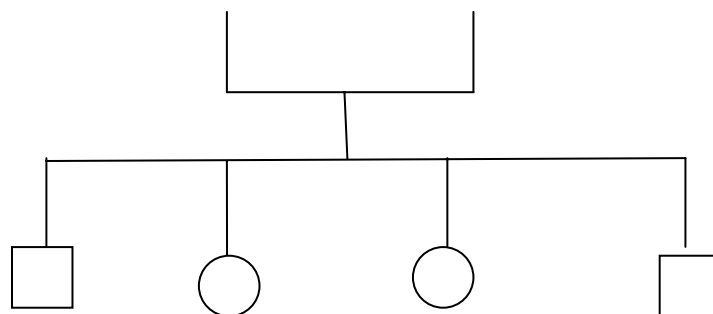
Aborto provocado 

Las figuras que representan a los miembros de la familia están conectadas por líneas que indican sus relaciones biológicas y legales. Dos personas casadas están conectadas por líneas horizontales y verticales, con el marido situado a la izquierda y la mujer a la derecha. La "M" seguida de una flecha indica cuando la

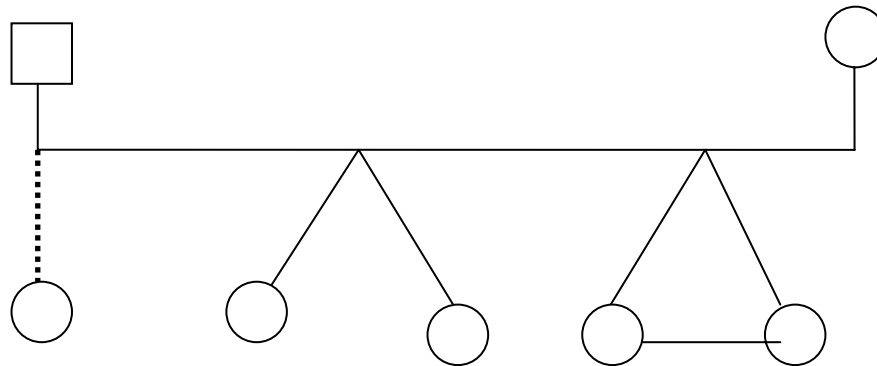
pareja contrajo matrimonio. A veces solo se muestra n los dos últimos dígitos del año, cuando no existe lugar a confusión sobre el siglo adecuado. En la línea de casamiento se indica también las separaciones o divorcios. Las barras inclinadas significan una interrupción en el matrimonio: una barra para la separación y dos para el divorcio (Mac. Goldrick, 1987).



Los casamientos múltiples agregan un grado de complejidad que a veces resulta complicado representar. Cuando es posible disponer el distinto casamiento en orden de izquierda a derecha, colocando el casamiento más reciente en último lugar. Si la pareja tiene una relación o viven juntos pero no están legalmente casados, se ilustra la relación como con las parejas casadas pero se utilizan una línea de puntos. Si una pareja tiene hijos, la figura de cada hijo pende de la línea que conecta a la pareja. Los hijos se van situando de izquierda de izquierda a derecha desde el mayor al más joven (Mac. Goldrick, 1987).



Se utiliza una línea de puntos para conectar un niño adoptado a la línea de los padres. Por último, las líneas convergentes conectan mellizos a la línea de los padres. Si los mellizos son idénticos, estos a su vez están conectados por una barra.



Hijo adoptado

Mellizos

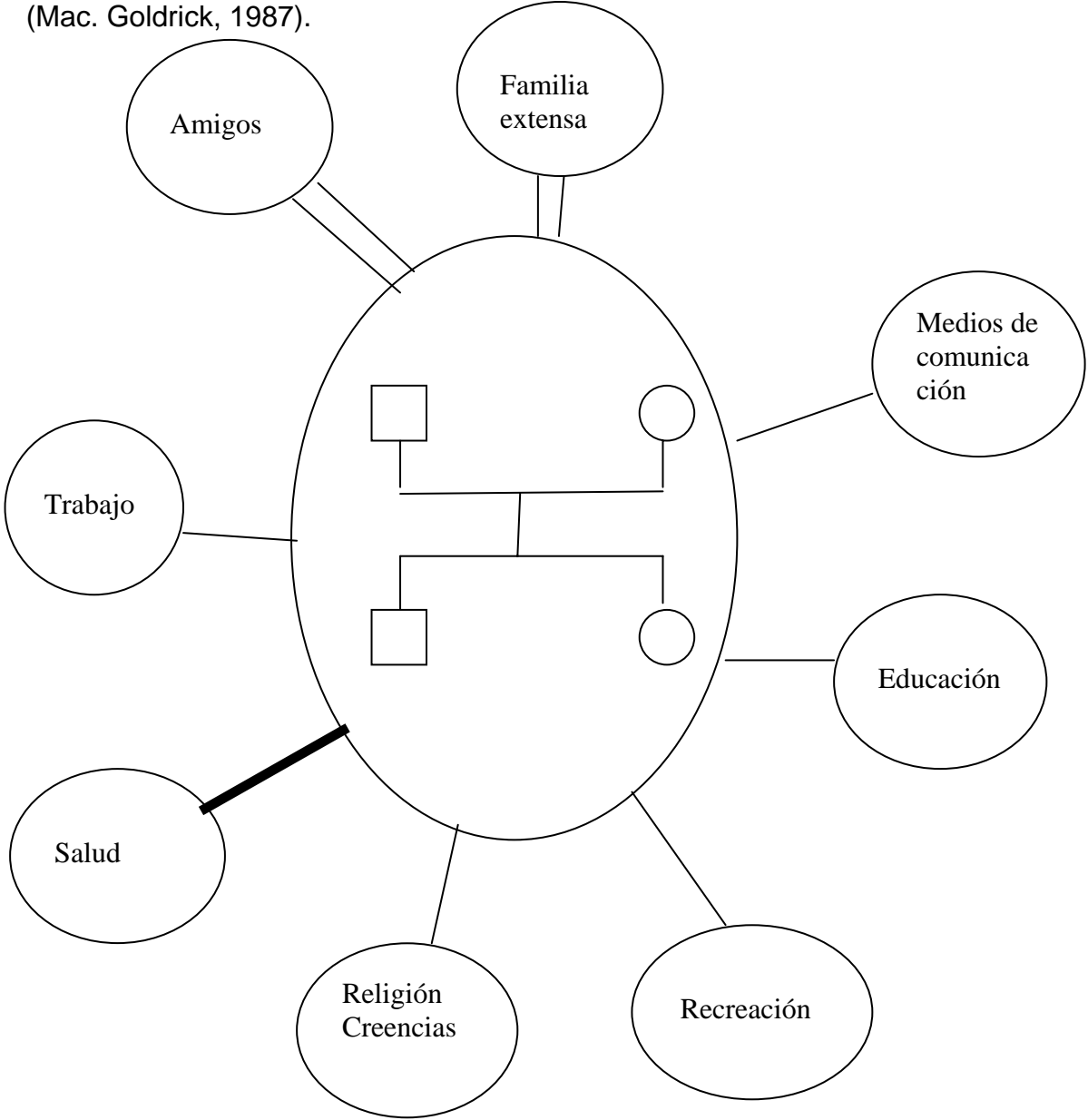
Mellizos idénticos

Después de trazar la estructura familiar, se encierran a los miembros de la casa con líneas punteadas. Una vez trazada la estructura familiar, el esqueleto del genograma, podemos agregar información sobre la familia en particular. Información demográfica que incluyen edades, fechas de nacimientos y muertes, situaciones, ocupaciones y nivel educacional. El trazo de las relaciones entre los miembros de una familia está basado en el informe de los miembros de la familia y en observaciones directas (Mac. Goldrick, 1987).

El **ecomapa** es un complemento del genograma y una gran ayuda visual para el equipo de salud familiar en la comprensión del entorno en que se desarrolla la vida de las familias a cargo. Su uso rutinario tiene el propósito de representar la familia y sus contactos, con el ambiente que les rodea, la familia extensa, el trabajo, la recreación, la educación, los servicios de salud, las instituciones educativas, la religión, etc. (Mac. Goldrick, 1987).

El ecomapa consta de un círculo central que contiene el genograma de la familia, es decir, la que vive bajo el mismo techo; alrededor del círculo central se ubican otros círculos que representan los amigos, las instituciones de salud y de educación, el trabajo, la familia extensa, etc., en el contexto de la familia nuclear. El tamaño de los círculos que rodean el familiograma puede ser variable y debe ajustarse a las necesidades del diseño. Las líneas se dibujan entre la familia y los círculos externos a ella, para indicar la naturaleza de las conexiones que existen.

Las líneas punteadas indican conexiones tenues. Las líneas quebradas indican relaciones estresantes. Las líneas más anchas indican mayor unión. Las flechas que se utilizan se pueden dibujar a lo largo de las líneas, indicando el flujo de energía y de los recursos. Los círculos adicionales pueden dibujarse si se necesitan, dependiendo del número de contactos significantes que tenga la familia (Mac. Goldrick, 1987).



1.5 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN TANATOLOGÍA

La enfermera como profesional, tiene la responsabilidad moral, espiritual y legal con las personas que están a su cargo, que ligan a la enfermera-paciente; una de ellas es la intervención de enfermería cuando el individuo sufre alguna pérdida familiar, de salud ó material. El objetivo fundamental es trabajar con la persona que sufre emociones o sentimientos que se suscitan durante el proceso de duelo por la pérdida y que alteran su estado de salud físico y emocional. La preparación de enfermería en el área tanatológica es aún insuficiente, pues no se le ha dado la suficiente importancia.

El ser humano por naturaleza hace lo posible por evitar, pensar o hablar sobre la muerte, el profesional de enfermería no es ajeno a esta situación ya que cuando se encuentra frente a un enfermo terminal se siente incomodo, evita discusiones y es reservado o distante; sin embargo esta situación afecta el objetivo principal de enfermería, este es “el cuidado”, por eso es necesario fomentar la preparación de profesionales de enfermería capaces de aplicar técnicas para aliviar emociones en los individuos que experimentan alguna pérdida como la muerte o que cursan con un proceso de duelo.

García (2001) menciona que la **tanatología** es aplicada al ser humano cuando se encuentra ante la muerte e indica que se debe brindar apoyo a los familiares y amigos que rodean al paciente en fase terminal, y los que se encuentran con ideas de suicidio, sin embargo no necesariamente esta ciencia se puede aplicar en estas situaciones, también es empleada en individuos que sufren alguna pérdida que puede ser desde la más insignificante como por ejemplo la pérdida de un objeto material hasta la salud propia o de algún familiar.

Kozier (1994) menciona a la **pérdida** como una situación real o potencial en la cual un objeto o persona valiosa se hace inaccesible o deja de percibirse como tal. La persona experimentan pérdida: de la imagen corporal, de una persona significativa, una sensación de bienestar, un trabajo, posesiones personales, convicciones y seguridad en sí mismos, en la enfermedad y la hospitalización.

Hay muchos orígenes de pérdidas: tales como: *Pérdida del aspecto de uno mismo* (una parte del cuerpo, una función fisiológica o un atributo psicológico) cambia la imagen corporal de la persona, aun cuando la pérdida pueda no ser observada

por otros. La ancianidad es un momento en que se producen los cambios dramáticos en las capacidades físicas y mentales. De nuevo es venerable el auto imagen y lo más importante es el apoyo y la tranquilidad. Durante la ancianidad es cuando generalmente las personas experimentan numerosos pérdidas como es el empleo, actividades normales, independencia, salud, amigos, familia, etc.

Objetos externos. La separación de objetos externos incluye objetos inanimados que tiene importancia para la persona como pérdida de dinero para una persona de pocos recursos, o el incendio de la casa de una familia.

Ambiente habitual. La separación del ambiente y personas que proporcionan seguridad también puede dar como resultado una sensación de pérdida, el estudiante universitario que deja su casa para vivir por primera vez en la residencia también experimenta una sensación de pérdida.

Persona amada. La pérdida de una persona amada o de importancia para uno a causa de enfermedad, separación o muerte puede trastornar mucho (Kozier, 1994)

El duelo es la respuesta total a la experiencia emocional de la pérdida y se manifiesta en pensamientos, sentimientos y conductas. Es la respuesta emocional normal desde el punto de vista subjetivo ante la pérdida, es esencial para una buena salud mental y física, permite que el individuo se adapte a la pérdida gradualmente y la acepte como parte de la realidad, es un proceso social que es compartido y llevado a cabo con la ayuda de los demás. Entre los síntomas que acompañan al duelo están la ansiedad, la depresión, la pérdida de peso, dificultades en la deglución, vomito, fatiga, dolores de cabeza, vértigos, desvalimientos, visión borrosa, rash cutáneo, sudoración excesiva, trastornos menstruales, palpitaciones, dolor torácico, disnea e infección.(Gonda y Ruark 1984 citado por Kozier 1994).

Muchos autores han descrito las **fases del duelo** pero la famosa es la de Kübler-Ross quien destaco cinco estadios: negación, enojo, negociación, depresión y aceptación (Kübler, 1969 citado por Kozier 1994).

Martocchio (1985) expone cinco **grupos de duelo** y mantiene que no existe una forma correcta, ningún orden con el cual la persona cubra este proceso. Si una persona consigue con éxito integrar la pérdida, y la forma de realizarlo, esto tiene

que ver con su desarrollo individual y su carácter. No se puede esperar que los individuos ante una misma pérdida resuelvan el duelo de la misma forma y al mismo tiempo.

Los cinco grupos de duelo según Martocchio son los siguientes:

Shock e incredulidad. Inmediatamente después de la muerte de una persona querida, un sentimiento común es la insensibilidad. La persona desconsolada se siente deprimida, enfadada, culpable y triste. La incredulidad o la negación persiste incluso aunque la pérdida haya sido aceptada intelectualmente.

Anhelo y protesta. El enfado que siente la persona afligida se dirige al difunto por haber muerto, a Dios a otros cuyas personas queridas aún viven y a los cuidadores, puede empezar a temer su propio deterioro mental y renunciar a compartir sus pensamientos y sentimientos con los demás.

Angustia, desorganización y desesperación. Cuando se admite la realidad de la pérdida, se puede producir una depresión. El llanto es común en este momento, la persona pierde el interés y motivación por el futuro, son incapaces de tomar decisiones, y pierden la confianza y los objetivos. Actividades que resultaban divertidas con el difunto ahora no tienen atractivo, la estrategia de adaptación como la ingesta excesiva del alcohol compromete a la salud.

Identificación. La persona afligida puede asumir la conducta, los rasgos, los hábitos y ambiciones del difunto, a veces experimentan los mismos síntomas de la enfermedad básica.

Reorganización y restitución. La consecución de la estabilidad y de un sentido de integración puede llevar un período de tiempo que varía mucho, de menos de un año a varios años; aunque la persona es capaz de experimentar bienestar y puede continuar pautas normales de funcionamiento, los sentimientos de duelo no cesan (Martocchio 1985 citado por Kozier 1994).

Castro (2008) menciona que los duelos que no se logran elaborar o se inician pero se “atoran” en algunas de las fases del proceso producen insatisfacción de las necesidades, sin identificar emociones y sentimientos.

Indica factores de riesgos que pueden producir un duelo patológico: Negar el duelo, esto es, que nunca se inicie, depresión grave, abuso de drogas o alcohol, que se estanque en alguna de la fase del ciclo, trastornos psicosociales de integración, ideas recurrentes acerca de la propia muerte, frenar el avance hacia una siguiente etapa, lo cual seguramente ofrece alguna ganancia secundaria (chantaje, manipulación, etc.).

Duelos difíciles o patológicos:

- 1.- Duelo crónico. Tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión.
- 2.- Duelo ausente. Consiste en que la persona se queda atrapada en la primera etapa de negación y no avanza.
- 3.- Duelo congelado. Cuando el cadáver no existe o nunca se encontró. Es difícil solucionar este tipo de duelo, ya que generalmente se tiene la esperanza de que la persona regrese.
- 4.- Duelos retrasados. Ocurren cuando la persona sí presentó una reacción emocional, pero no fue suficiente y después de un tiempo reinicia su duelo.
- 5.- Duelo exagerado. Se presenta cuando la persona recurre a una conducta desadaptativa a través de la exageración o intensificación del duelo.
- 6.- Duelo enmascarado o reprimido. Este tipo de duelo ocurre cuando la persona no expresa sus sentimientos abiertamente, puede manifestarse de otra manera, posiblemente a través de síntomas psicósomáticos.

Mercado (2001) refiere que el objetivo en el proceso de duelo es ayudar a la persona a completar cualquier cuestión no resuelta en relación con la pérdida y ser capaz de decir una adiós final.

Indica cuatro tareas para atender el duelo:

- 1.- Aumentar la realidad de la pérdida. Una de las mejores maneras de ayudar a los pacientes a hablar de la misma es fomentar mediante preguntas que permitan al paciente contar con detalle todo lo acontecido en torno a la pérdida, muchas personas necesitan repasar una y otra vez en su mente, revisar los acontecimientos de la pérdida, antes de poder ser verdaderamente consciente de que ha ocurrido.

2.-Ayudar al paciente a identificar y expresar los sentimientos. Es la tarea más importante a realizar durante el proceso de duelo y en la cual el doliente se estanca en la mayoría de las veces por un mal manejo.

3.-Ayudar a superar los diferentes obstáculos para reajustarse después de la pérdida. Ayudar a persona a ejercitar su capacidad para vivir sin el fallecido y para tomar decisiones de manera independiente. Se puede usar un enfoque de solución de problemas, es decir, cuales son los problemas que ha de afrontar el paciente a partir de la pérdida y la mejor alternativa que se presenta para hacerlo.

4.- Animar a la persona a decir un adiós apropiado y a sentirse cómoda volviendo otra vez a la vida. Ayudar a la persona a encontrar un lugar adecuado en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

El objetivo fundamental de la intervención tanatológica es trabajar con el doliente las emociones o sentimientos que se van suscitando durante el proceso de duelo.

La intervención tanatológica se puede dividir en:

Acompañamiento. Se realiza en aquellos pacientes que por su enfermedad o su estado de salud no están en condiciones de poder llevar a cabo un proceso de diálogo como son los pacientes con intubación endotraqueal, en estado de coma, en cuyos casos el papel del consejero es de compañía, contacto físico y palabras de aliento así como la utilización de algunos instrumentos de sensibilización o técnica alternativa como coadyuvante para proporcionar confort y calidad de vida.

La intervención de primera instancia o primero auxilios psicológicos. se realiza en el momento mismo de la crisis, la meta principal es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis. Se lleva a cabo en una sola sesión y el tiempo puede variar de minutos a 1 ó 2 horas, de acuerdo a la evolución de la persona. No se requiere de conocimientos profundos de psicología para llevarla a cabo, y es factible de realizarse en cualquier ambiente comunitario como un hospital, en el hogar, la escuela, ambientes de trabajo, etc.

Intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis. Es un proceso breve que va mas allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, se

encamina a la resolución de la crisis. Se requiere contar con una preparación formal en cuanto al procedimiento específico de la misma además de una serie de entrenamiento, así como un espacio o área específica para realizarla y en un tiempo que varía de una a tres sesiones de aproximadamente 45 a 60 minutos cada una.

Es importante no aventurarse a realizar intervención de segunda instancia, sin saber todo lo que esto implica, ya que podríamos dañar más al paciente. Lo que sí está al alcance de todo profesional de enfermería es el acompañamiento y los primeros auxilios psicológicos. Para la enfermera, la técnica de intervención como tal, en ocasiones es un tanto difícil de manejar debido a la gama de actividades que desempeña en el cuidado del paciente, ya que a ella no solo le compete el cuidado del aspecto psicológico del individuo como lo realiza el psicólogo, ni tampoco se pretende hacer de la enfermera un psicólogo en chiquito, para ella la intervención tanatológica es solo una herramienta que le permite atender el área psicológica y espiritual del individuo con miras a proporcionar un cuidado holístico o integral de enfermería.

Las técnicas que pueden ser útiles en el manejo de los sentimientos dentro de la intervención tanatológica son los instrumentos de sensibilización (son aquellas que al ser percibidos por los órganos de los sentidos son capaces de tocar las fibras más sensibles de nuestro ser permitiendo con mayor facilidad la expresión de los sentimientos):

Música. Es el arte de combinar rítmicamente, los sonidos con el fin de expresar emociones o sentimientos. La música suaviza las costumbres y transforma la vida.

El teatro. Así como el niño, al escuchar un relato es llevado por medio de la acción, imaginándose continuamente qué hubiera hecho o dicho de ser tal o cual persona, del mismo modo, las personas expresan y viven más intensamente su posición frente a los valores y frente a los demás hombres.

El cine. Al escuchar escenas habladas por diversas personas, con distintos tonos de voz y en forma dramatizada, se hace surgir en los participantes del grupo recuerdos vividos por ellos o por gente cercana a ellos, y de esta manera la sesión se vuelve más vital.

La poesía. Es el arte expresado a través de la palabra, está centrado en un particular estado de ánimo, un sentimiento despertado por cualquier objeto del mundo natural o humano por lo tanto implica un estado de ánimo original y profundo y una expresión verbal.

La pintura. Es el arte expresado a través de las figuras, formas y colores.

I.6 DIABETES

Las enfermedades crónicas se han convertido en uno de los problemas de salud pública más importantes debido a los altos costos de su tratamiento y de la prevención de las complicaciones. Los cambios en el comportamiento humano y los estilos de vida en el último siglo han provocado un gran incremento de incidencia mundial de diabetes, sobre todo de tipo 2.

(<http://www.scielo.org.mx/scielo.php> S/F).

La Encuesta Nacional de Salud (ENSA) realizada en el año 2000 demuestra la distribución y la prevalencia de la diabetes mellitus en los adultos mexicanos y los factores relacionados.

La encuesta se realizó a través de una entrevista, entre noviembre de 1999 y junio 2000 a 45 294 sujetos de 20 años de edad y mayores. Se obtuvieron valores de glucosa capilar, peso, talla y presión arterial.

Los resultados fueron:

La prevalencia nacional de DM en adultos de más de 20 años fue de 7.5%.

En las mujeres fue de 7.8% y en los hombres de 7.2%.

La prevalencia aumento en relación directa con la edad, 2.3% antes de los 40años y 21.2% después de los 60.

En la población urbana la prevalencia fue de 8.1% y en la rural 6.5%.

La enfermedad fue más frecuente en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la Ciudad de México (8.1%).

Fue más frecuente en la población con menor escolaridad (9.9%).

Menor ingreso (8.1%).

Hipertensión arterial (13.7%).

Hipercolesterolemia (23.3%).

Enfermedad renal (12.3%).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000 son prueba del grave problema de salud que presenta la diabetes tipo 2 en México. La enfermedad es más frecuente en persona mayor de 60 años y en grupos de baja escolaridad o cuyos ingresos no superaban los dos salarios mínimos. En contraste, su frecuencia fue mayor en las áreas de mayor desarrollo económico. En México, la diabetes afecta a uno de cada cuatro individuos mayores de 60 años (Olaiz, 2007).

Posteriormente en la **Encuesta Nacional de Salud y nutrición (ENSANUT)** 2006 se encontró un incremento alarmante en la prevalencia de obesidad en los últimos siete años en México y que ocurre en todos los grupos de edad.

Durante el levantamiento de la ENSANUT 2006 se midió el peso y la talla (o longitud en niños <2 años) a preescolares, escolares, adolescentes y adultos.

En preescolares y escolares los tres indicadores utilizados fueron el peso esperado para la edad, la talla esperada para la edad y el peso esperado para la talla. Concluyendo que entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en los sexos combinados aumentó un tercio; los mayores aumentos se dieron en obesidad y en el sexo masculino.

También los resultados de la ENSANUT 2006, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. Esto representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. Se comparó la prevalencia de sobrepeso y obesidad de las mujeres de 12 a 19 años en 2006 con la de 1999. Se observa un incremento en sobrepeso de 21.6 a 23.3 (7.8%). Al comparar los datos de la ENSA 2000 con los de la ENSANUT 2006, en hombres mayores de 20 años de edad, la prevalencia de sobrepeso y obesidad incrementó de 59.7% en 2000 a 66.7% en 2006. (<http://es.scribd.com/doc/12979586/ENSANUT-2006-Nacionales/> 5-05- 2011)

Una de las iniciativas de mayor importancia en la atención a la salud son las actividades desarrolladas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, lo cual queda evidenciado en su **informe de labores 2009-2010 y programas de actividades del Instituto Mexicano del Seguro Social** dio a conocer que durante el año 2009

La diabetes ocupó el segundo lugar de demanda de consulta en Medicina Familiar y el quinto lugar en la consulta de Especialidades en el IMSS. Es la primera causa de muerte con 21,686 defunciones.

La prevalencia actual es de 7.6% y a nivel nacional se espera que haya 11 millones de enfermos para el año 2025. Estima que el gasto total de un día para la atención de pacientes diabéticos que reciben atención en el IMSS es de 54'939,068 pesos, la atención ambulatoria 42'78,390 pesos, la hospitalaria 8'334,427 pesos las sesiones de hemodiálisis ambulatoria tienen un costo de 1'421,454 pesos y la rehabilitación de pacientes amputados es de 727, 954 pesos. Los impactos económicos esperados entre los cinco y siete años se relacionan directamente con la disminución de 15% en los costos, 20% en complicaciones, 18% en invalidez y 14% en mortalidad.

Con el propósito de otorgar atención eficiente e integral a los pacientes con diagnóstico de diabetes elaboró e implementó el Programa Institucional de Atención al Paciente Diabético "DIABETIMSS". El programa tiene como objetivo fundamental alcanzar el adecuado control metabólico y la identificación temprana de las complicaciones para evitar o retrasar su aparición, mejorando la calidad de vida del derechohabiente, así como disminuir los costos de atención.

(www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm 7/09/2011)

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción insulínica, en la acción de la insulina o en ambas (Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2006).

Diabetes mellitus tipo I. Es la de menor incidencia y constituye el 5% de todos los casos de diabetes diagnosticados.

Este tipo de diabetes depende de la insulina, por lo que también se llama insulín dependiente o diabetes juvenil. Generalmente se produce en niños o jóvenes delgados menores de 20 años. Se desarrolla cuando el páncreas deja de producir insulina o produce muy poca.

No se conoce exactamente la causa pero investigaciones médicas consideran que existen varios factores con su aparición como conservadores en los alimentos, la lactancia artificial, historia familiar de diabetes tipo 1, infección por virus que lesionan el páncreas, alteraciones del sistema de defensa del organismo que da lugar a la destrucción de las células del páncreas.

Diabetes mellitus tipo II. No depende de la insulina y es llamada no insulino dependiente o diabetes del adulto, es más frecuente porque el 90 % de las personas diabéticas son de este tipo. Las células del páncreas no producen una cantidad suficiente de insulina o el organismo no responde bien a la insulina de que dispone.

Esta forma de diabetes suele producirse en personas mayores de 40 años, con obesidad, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes de diabetes gestacional. Sin embargo se ha detectado en niños, adolescentes y en adultos jóvenes.

Diabetes gestacional. Se desarrolla entre el 4 y 11% de todos los embarazos, pero desaparece al finalizar la gestación, no obstante, las mujeres que la han padecido tienen un riesgo elevado de desarrollar diabetes tipo 2 en el futuro.

Síntomas. En general las manifestaciones iniciales son clásicos síntomas como poliuria, polidipsia, astenia, adelgazamiento, prurito y polifagia.

El aumento de azúcar en la sangre se elimina a través del riñón, para ello se necesita una gran cantidad de agua para disolverlo, por lo que se produce la eliminación de gran cantidad de orina. Esta pérdida de agua por la orina produce aumento en la sed, de manera que el paciente está bebiendo constantemente para reponer los líquidos perdidos.

La falta de utilización de azúcar como fuente de energía es la causa principal de la aparición del cansancio que sufren los diabéticos, este síntoma es frecuente en los diabéticos juveniles, pero está ausente en los diabéticos adultos.

Como no se usan los azúcares y se eliminan por la orina, se produce una pérdida de calorías y se queman las grasas como fuente de energía, por lo que los pacientes adelgazan.

Es frecuente el prurito especialmente en las mujeres y se localiza en los genitales o en todo el cuerpo. Esto se debe a la acumulación de glucosa en la piel, fenómeno secundario a la hiperglucemia.

El aumento de apetito y la ingesta mayor de alimentos establece un círculo vicioso porque cuando más se come, más azúcares ingresan en el organismo, con lo que se eleva su presencia en la sangre (Surraca, 1998).

Diagnóstico. Para determinar en qué situación de control se encuentra una persona con diabetes se puede incluir varias pruebas:

- 1.- Nivel de glucemia en ayuno o basal, posprandial, determinado en el laboratorio.
- 2.- hemoglobina glucosilada A1c. La determinación de hemoglobina glucosilada indica el nivel del medio de glucosa que ha existido durante los últimos tres meses. Es la información importante sobre el grado de control glucémico, situándose su valor normal por debajo de 6% de la hemoglobina total.
- 3.- automonitoreo de la glucosa sanguínea. El análisis que practica el propio paciente para conocer la cifra de glucemia puede controlar el curso de su enfermedad.
- 4.- Presencia de glucosuria. Se considera un procedimiento poco eficaz, un inconveniente por que no detecta los niveles bajos de glucosa en sangre.

Tratamiento. Los objetivos principales del tratamiento para todos los tipos de diabetes es el alivio de los síntomas, mantener el control metabólico, mejoría de la calidad de vida, prevención de las complicaciones agudas y crónicas disminución de la mortalidad y tratamiento de las enfermedades que acompañan a la diabetes.

Para ello es necesario el manejo integral del paciente diabético a través de la educación del paciente, automonitoreo, manejo no farmacológico, tratamiento farmacológico y vigilancia, así como control de complicaciones.

El tratamiento pretende lograr niveles normales de glucosa, en ayuno y posprandial, colesterol total, presión arterial y control de peso. El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas estrictas por lo menos durante un periodo de seis meses. Por otro lado el manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas de tratamiento durante el periodo establecido.

Tratamiento no farmacológico. Se recomienda que se aplique de manera estricta durante un periodo de por lo menos seis meses y consiste en llevar un plan alimentario, actividad física y control de peso.

a) El establecimiento de un **plan alimentario** se podrá realizar con base a los hábitos propios del paciente, modificando los nocivos y motivando los saludables. La dieta será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, fibra y restricciones en el consumo de grasa, con el objeto de mantener niveles normales de glucosa en sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se evitara el consumo de azúcares simples como miel, jaleas, dulces, etc. pero se permitirá la ingesta de edulcorantes no calóricos.

La alimentación equilibrada es aquella que contiene el balance apropiado en carbohidratos , proteínas y grasas, en cantidad y proporciones adecuadas a partir de los alimentos adecuados como verduras carnes, pescado, leche, aceites, frutas, féculas y harinas. Es de suma importancia la distribución de los alimentos a lo largo del día especialmente si se inyecta insulina, se recomienda comidas complementaría o colaciones a lo largo del día preferentemente frutas, verduras y derivados lácteos descremados.

En el caso de la diabetes tipo 1, la dieta y el ejercicio deberán sumarse a la aplicación de insulina, pues esta es vital en este caso. Es aconsejable la restricción de alcohol en todos estos pacientes.

b) **La actividad física** debe recomendarse de manera individualizada adaptando las condiciones de cada persona, lo que permitirá bajar los niveles de glucosa sanguínea por el aumento en la utilización de la misma en los músculos y por otro lado permitirá un peso adecuado o el control del sobrepeso u obesidad. De esta manera el ejercicio es un complemento del efecto de la medicación y de la alimentación sobre los niveles de glucosa.

En personas con riesgo de padecer diabetes tipo 2 el ejercicio es capaz de prevenir la enfermedad. Para que el ejercicio tenga mejor efecto en el control de de la diabetes es necesario que el ejercicio y la actividad física sea practicada de manera regular y constante para lograr un efecto sostenido, pues el efecto ejercicio es pasajero. Se debe realizar con mayor intensidad y esfuerzo que las

actividades habituales. Así por ejemplo cuando se está acostumbrado a caminar es necesario aumentar la intensidad al caminar o hacerlo con rapidez.

Si las actividades cotidianas obligan a llevar una vida sedentaria es necesario realizar por lo menos 30-40 minutos diarios de ejercicios, por lo menos 4 días a la semana. Es posible fraccionar el ejercicio; en la mañana, tarde y noche durante 10 minutos y así sumar 30 minutos diarios.

Tratamiento farmacológico. Se inicia cuando no se alcanzan las metas con el plan alimentario y la actividad física. Los medicamentos que se utilizan para el control de la diabetes son las sulfonilureas, biguanidas, inhibidores alfa-glucosidasas e insulinas (de acción rápida, intermedia y prolongada) o combinaciones de estos medicamentos. La prescripción de los medicamentos está determinada por NOM 015.

Por la forma en que actúan se distinguen tres tipos de hipoglucemiantes orales:

- Los que aumentan la secreción de insulina por el páncreas.
- Los que mejoran la utilización de la glucosa en los tejidos o disminuyen la liberación de ésta por el hígado.
- Los medicamentos que retrasan la absorción de los azúcares en el tubo digestivo.

Con el paso del tiempo muchas personas con diabetes tipo 2 dejan de responder al tratamiento vía oral y necesitan cambiar al uso de insulina, porque ya no la producen en cantidades suficientes. En este tipo de pacientes también se utiliza la insulina en circunstancia que podría descompensar al paciente como son en las cirugías, infecciones o accidentes, debido a la hiperglucemia que puede producir el estrés severo que implica estos estados. En este tipo de personas es necesario que aprendan a inyectarse por sí mismos. El empleo de inyección tipo pluma puede facilitar el aprendizaje de la técnica y tiene además la ventaja de carecer las connotaciones desagradables de la jeringa (Tapia, 2003).

Complicaciones de la diabetes. Cuando la persona diabética tiene glucemias muy altas durante largo tiempo, empiezan a aparecer las complicaciones como retinopatías del ojo, cardiopatías o afectaciones de las arterias del corazón (coronarias), Nefropatías, vasculopatías, neuropatías y pie diabético.

La retinopatía es la lesión característica de los ojos de los diabéticos, es una de las causas frecuentes de ceguera, cuando esta compensado el diabético es lenta su evolución. Se manifiesta en forma de hemorragias retinianas o manchas blanco-amarillentas formadas por grasa las cuales se ven a través del fondo de ojo.

La cardiopatía es la lesión de las arterias coronarias en las personas diabéticas. Se asocia muchas veces con el aumento de colesterol o de triglicéridos y junto a otros factores facilita la aparición de arteriosclerosis, enfermedad que se manifiesta de modo precoz e intenso en los diabéticos.

La arterioesclerosis en griego significa “endurecido” y se refiere al aumento de la consistencia de las arterias. Una de las localizaciones preferentes de la arterioesclerosis son las arterias coronarias, por ello son frecuentes los infartos en las personas diabéticas.

La nefropatía es el conjunto de lesiones que se pueden encontrar en los riñones de las personas diabéticas, se producen después de varios años de padecer la enfermedad, depende del grado del control de glucemia. El síntoma principal es la pérdida de proteínas (albúmina) por la orina. Va incrementándose con el tiempo y finalmente aparece la hipertensión, elevación de la urea en sangre e insuficiencia renal.

La vasculopatía es la afección de los vasos del organismo. En el diabético la arterioesclerosis se caracteriza porque afecta a las arterias periféricas, pero también puede localizarse en las arterias cerebrales. Estas lesiones se traducen en cambios de color de las extremidades, frialdad de las extremidades, dolor en reposo, gangrena de los dedos; puede amputarse un dedo o toda la extremidad debido a este problema.

La neuropatía es la afección de los nervios por la diabetes. Todas las zonas del sistema nerviosos puede verse afectado, pero las lesiones características son las del sistema nerviosos periférico sobretodo en las piernas en forma de polineuritis (inflamación de varios vasos) con dolor, ardor, hormigueo, disminución de la sensibilidad, etc. que se acentúa por la noche.

También afecta al sistema nervioso vegetativo originando según el área produce: hipotensión, taquicardia, diarrea, atonía urinaria, eyaculación tardía e impotencia sexual.

El pie diabético es el conjunto de síntomas que presenta el diabético debido a una alteración de la circulación y de los nervios del pie, se asocia a infecciones que complican el proceso. Las lesiones van desde alteraciones como falta de riego hasta úlceras, con o sin infección y pueden terminar en amputación. Los diabéticos que desarrollan lesiones en los pies tienen pérdida de la sensibilidad en ellos, debilidad muscular, sequedad y trastornos de la piel (Surraca, 1998).

I.7 DIALISIS PERITONEAL

La diálisis es una técnica que sustituye la función depuradora del riñón y permite eliminar una serie de toxinas del organismo, manteniendo así la homeostasis del paciente. Es un tratamiento parcial, no puede sustituir las funciones endocrinas del riñón, por ello es necesario suplir con tratamiento médico estas funciones. Solo el trasplante renal ofrece un tratamiento integral, por lo que se considera el tratamiento de elección para un gran número de enfermos con insuficiencia renal terminal siempre que no presente alguna contraindicación absoluta.

En la diálisis peritoneal se infunde una solución en la cavidad peritoneal, donde se produce el intercambio de electrolitos por difusión y se elimina el exceso de líquidos por ósmosis, mediante la membrana peritoneal como membrana osmótica. Existen dos tipos de diálisis peritoneal:

- Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DCPAC), en la que el paciente realiza la diálisis manualmente varias veces al día.
- Diálisis peritoneal automática (DPA), en la que una máquina realiza la diálisis durante la noche.

La principal complicación de la diálisis peritoneal es la peritonitis, que suele ser consecuencia de una mala técnica de intercambio y también puede producirse infección en la punta del catéter por la misma causa.

Anteriormente se introducía un catéter rígido en el peritoneo y la diálisis duraba 48 horas, retirándose posteriormente. Esto limitaba mucho el tratamiento periódico,

pues en cada procedimiento había que implantar nuevamente el catéter bajo asepsia quirúrgica con riesgos de complicaciones.

No se disponía de monitores automáticos para la diálisis peritoneal aumentando el riesgo de peritonitis por contaminación, ya que había que manipular los frascos en cada cambio.

La utilización del catéter Tenckhoff fabricado con silicona y dos anillos de dracrón evita la entrada de gérmenes. Actualmente se realizan dos tipos de diálisis peritoneal: la intermitente con la ayuda de un monitor automático y la diálisis peritoneal ambulatoria continua.

La diálisis peritoneal ambulatoria continua consiste en 3-4 recambios diarios por el propio paciente con una solución de diálisis contenida en una bolsa con una capacidad de 2.5 litros. Una vez que se introdujo todo el líquido de diálisis en el peritoneo, la bolsa se enrolla y se liga a la cintura. Cada 6 u 8 horas se procede al vaciamiento del peritoneo desenrollando la bolsa y dejándola en una posición más baja que el enfermo, para que se llene por gravedad, recuperándose los 2.5 l introducidos. Una vez finalizado el procedimiento se desconecta la bolsa colocando una nueva y se reinicia la técnica.

La doble bolsa reduce el problema de peritonitis, se trata de una línea que conecta en “y” dos bolsas. Una de ella está vacía para albergar el líquido que sale del peritoneo y la otra contiene los 2 litros de solución nueva, de modo que en cada recambio se puede efectuar los dos procesos, vaciando y llenando, desechando posteriormente el conjunto. Con ello la manipulación es menor y no se lleva la bolsa continuamente en la cintura (Alsina, 1989).

I.8 ESTUDIOS RELACIONADOS

González (2004), en un estudio original respecto a la **“valoración de factores de riesgo para DM2 en una comunidad semiurbana de la Ciudad de México”** indica que su estudio se realizó con una muestra de 395 personas en las que se aplicó la cedula de entrevista familiar y realizó la medición de parámetros clínicos, con referencias estándar para el diagnóstico de diabetes mellitus, somatometría y

datos clínicos establecidos por la OMS; su resultado fue que el género femenino predominaba con mayor predisposición al sobrepeso y obesidad. Identifico tres factores que se asocian a la presencia de diabetes mellitus: la edad particularmente en personas > 45 años, las cifras de TA > 140mm/hg y la presencia de antecedentes familiares diabéticos.

Rodríguez Constantin y Rodríguez Beyris (2009) en su estudio “**insuficiencia renal crónica en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en una área de salud**” Realizaron su estudio a 60 pacientes, con diabetes mellitus tipo 2, de 15 años y más, diagnosticados hasta el 31 de diciembre de 2005 en el Policlínico “30 de Noviembre” de Santiago de Cuba, que asistían al Centro de Atención al Diabético por padecer dicha enfermedad cuando se realizaba la investigación, con el fin de determinar las manifestaciones de la IRC en estos. Concluyeron que existió un predominio de cuando se relacionó el tiempo de evolución de la diabetes mellitus con la presencia de proteinuria, observaron que la frecuencia de aparición de esta en los pacientes, aumentó en correspondencia con el tiempo de evolución de la enfermedad, y se destacó que en los pacientes con más de 20 años de padecer la diabetes, se encontraba el mayor número los pacientes diabéticos de tipo 2 del sexo femenino y de los mayores de 45 años. La diabetes mellitus fue el antecedente patológico familiar de mayor frecuencia y la HTA fue vista con una alta incidencia. Además, prevalecieron las personas con peso normal y los que presentaron proteinuria (la cifra de esta aumentó en correspondencia con el tiempo de evolución de la enfermedad). (http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san08609.htm s/f).

Zavala y Vázquez (2006) realizaron el estudio “**bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos**”. Su estudio lo integraron con 190 pacientes con los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos de 35 años en adelante, ambos géneros, con diagnóstico médico de diabetes mellitus tipo 2 con y sin complicaciones; la muestra poblacional fue seleccionada de los servicios de hospitalización y consulta externa de cuatro instituciones de salud (una del primer nivel de atención y tres del segundo nivel) ubicadas en Tampico y Ciudad Madero

Tamaulipas. Para la recolección de los datos utilizaron una cédula socio demográfica con la que se capturó la edad, el género, la escolaridad, el estado civil, el tipo de trabajo, el salario, la religión, el número de integrantes por familia de los usuarios y la procedencia; también se consideraron el diagnóstico médico y los años de evolución de la enfermedad. Sus resultados reflejaron que en la muestra en estudio se destacó el porcentaje de mujeres con diabetes mellitus, así como también el rango de edad de 50 a 64 años en ambos sexos.

Afirman que los datos muestran evidencia de que a mayor nivel de espiritualidad menor nivel de ansiedad, resultado que apoya la hipótesis del estudio y coincide con trabajos realizados en donde se reporta el efecto positivo de la espiritualidad en el estilo de vida de los individuos. Sin embargo, señalaron que a través de la interacción con los pacientes, ellos dimensionaron con mayor predominio esa característica de su personalidad en la línea de lo religioso, pues expresaban que su fe les daba la fuerza para sobrellevar su estado de salud hasta que Dios se los permita. (<http://www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/.../15710/09/2011>).

De los Ríos (2004), en su estudio **“alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía”** examinó la frecuencia de alteraciones emocionales en una muestra de pacientes con insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética. Los pacientes que participaron en el estudio fueron 100 pacientes que acudían al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital General de zona # 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en San Luis Potosí, diagnosticado por sus médicos tratantes con secuela de nefropatía diabética. Los resultados revelaron que 86 % de la muestra estudiada de los pacientes con nefropatía diabética cursaba con algún grado de alteración emocional. Tuvieron más riesgo de padecerla, aquellos pacientes con más de 10 años de haberseles diagnosticado diabetes mellitus tipo 2 y concluye que la alteración emocional en pacientes por nefropatía diabética es alta y asociada a la evolución degenerativa del padecimiento. Resalta la importancia de la intervención médica y de enfermería en este tipo de pacientes.

CAPÍTULO 2

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

2.1 LEY GENERAL DE SALUD

(Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984)

TÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales

CAPÍTULO UNICO

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

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

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

TÍTULO SÉPTIMO

Promoción de la Salud

CAPÍTULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 110. La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Artículo 111. La promoción de la salud comprende:

- I Educación para la salud;
- II Nutrición;
- III Control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- IV Salud ocupacional, y
- V Fomento sanitario

CAPÍTULO II

Educación para la Salud

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

- I Fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan participar en la prevención de enfermedades individuales, colectivas y accidentes, y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud;
- II Proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y de los daños provocados por los efectos nocivos del ambiente en la salud, y
- III Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgo de automedicación, prevención de la fármacodependencia, salud ocupacional, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades (Ley General de Salud 2002).

2.2 CÓDIGO DE ÉTICA PARA ENFERMERAS

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud; la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

El código de ética para enfermería constituye necesariamente una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

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

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

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

Artículo segundo.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho de la persona a decidir 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 sexto.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

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” (Código de ética para las enfermeras y enfermeros de México 2007).

El código Deontológico de enfermería establece los deberes de la enfermera hacia los usuarios y derechos del enfermo terminal, constituye un marco para la toma de decisiones éticas y asumir la responsabilidad profesional. El mismo define las normas profesionales, pero no establece normas específicas de cómo se debe actuar en una situación determinada pues no tiene fuerza legal. Las decisiones que tome la enfermera, si son morales, estarán basadas en los principios éticos y sólo podrán ser impuestas por su conciencia.

Artículo 29 – Las relaciones interpersonales de la enfermera con el usuario deben ser estrictamente profesionales, efectuándose dentro de un clima humano, de confianza y respeto mutuo.

Artículo 30 – Al proporcionar los cuidados del usuario, el profesional de enfermería deberá contemplarlo en sus dimensiones biológicas, psíquicas, sociales, religiosas e ideológicas.

Artículo 31 - El profesional de enfermería tendrá la obligación de dar a conocer al enfermo su nombre y responsabilidad dentro del equipo de salud.

Artículo 32 – El profesional de enfermería reconocerá que sus deberes profesionales se extienden a la familia del enfermo, cuyos derechos, siempre subordinados a los del paciente, han de ser rigurosamente respetados y protegidos.

Artículo 33 – El profesional de enfermería tendrá en cuenta que el enfermo forma parte de una familia y una comunidad. Procurará, en la medida posible, integrar a los miembros más cercanos al enfermo en el plan de cuidados con el previo consentimiento del mismo.

Artículo 34 – El profesional de enfermería debe recordar que tiene la obligación de informar adecuadamente a los familiares durante el proceso de la enfermedad dentro de los límites de competencia y deberes del paciente.

Artículo 35 – El profesional de enfermería debe notificar al enfermo y sus familiares hasta cuando los servicios resultan necesarios.

Artículo 36 – El enfermo tiene derecho a:

1. Ser tratado con respeto y dignidad, el ambiente de su ubicación debe reunir comodidades e higiene.
2. Ser visitado por cualquier orden religiosa de acuerdo a su creencia.
3. Recibir una atención de elevada calidad profesional de la enfermera y el equipo de salud.
4. Ser informado de cualquier procedimiento sobre diagnóstico.
5. Dar su consentimiento previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
6. Que sean respetadas las confidencias acerca de su estado de salud y estadía en el centro asistencial.
7. Solicitar explicación sobre los honorarios a pagar y exigir montos adecuados ante la ley.
8. Rechazar cualquier procedimiento de investigación con seres humanos, en el que a él se le quiera involucrar provocando regulaciones y limitaciones personales.

Artículo 37 – El concepto de muerte y la manera de asumirla puede variar según la religión e ideología que hayan dado sentido a la vida del enfermo. El profesional de enfermería procurará que todos los derechos del paciente derivados de esta concepción sean respetados y que se le ayude en el proceso de muerte, de manera que pueda vivir con la máxima dignidad, libertad y bienestar que sean posibles (Suárez 1998).

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

Los estudios de caso son investigaciones a fondo sobre un individuo, grupo, institución u otra unidad social. El investigador que lleva a cabo un estudio de caso trata de analizar y comprender las variables importantes para la historia, el desarrollo o la asistencia de los problemas del o de los sujetos. El enfoque de los estudios de caso precisa la dinámica de por qué el sujeto que se investiga, piensa, se comporta o desarrolla de una manera particular y exige un estudio minucioso durante un periodo (Polit, 1994).

Tipo de estudio.

El presente documento es un estudio descriptivo y transversal.

Población.

La selección de la familia se realizó después de haberse efectuado el estudio de comunidad del AGEB 086-6 por las alumnas de posgrado de salud pública con sede en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC) en San Luís Tlaxialtemalco, dentro de la Delegación de Xochimilco. La población del estudio estuvo constituida por 241 familias que conformaron un total de 1165 personas aproximadamente que habitan en las colonias Niños Héroes, Teconcayuco y Barrio San Antonio.

La recolección de datos se realizó, mediante un cuestionario estructurado con la finalidad de conocer las necesidades de salud de la comunidad y proponer futuras intervenciones para la solución de los problemas detectados.

Después de haber realizado el estudio de comunidad, se seleccionaron cedulas de familias con problemas de salud detectadas en el estudio comunitario, se eligieron varias con el fin de captar una familia para brindar atención especializada de enfermería y se identifico a la familia V.F con problemas de salud, se abordo a la familia y el primer contacto fue realizado con el Sr. Mauricio hijo de la paciente índice, a quien se le explicó sobre las actividades realizadas en la comunidad,

después de escuchar prefirió contactarnos con la señora Norma cuidadora principal de la paciente índice; con quien nos identificamos como estudiantes de Posgrado de Salud Pública de la Escuela Nacional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México y se le explicó el propósito de nuestra intervención en la comunidad y en especial con las familias, y con agrado nos aceptó, se realizó un contrato verbal en ese instante y se acordaron visitas domiciliarias cada ocho días en su hogar.

En la segunda visita se aplicó una cédula de valoración familiar, estructurada de acuerdo a los requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud de acuerdo a la establecido por Dorothea Orem, además se estructuró el genograma y ecomapa.

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento que contó con ficha de identificación de la familia, composición familiar, historia y estructura de la familia que incluyó estructura del rol, del poder, sistema de valores, proceso de comunicación, funciones afectivas, de socialización, reproductoras, económicas, de atención a la salud y se incluyeron los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo y de desviación a la salud.

Esta información se complementó con la cédula de captación de datos aplicada con anterioridad a toda la comunidad de éste AGEB.

Se utilizó la técnica de la entrevista para la recolección de datos y la observación.

Las siguientes visitas fueron enfocadas a la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, de acuerdo a la valoración familiar realizada.

Se realizaron un total de 6 visitas domiciliarias del 22 de febrero al 04 de abril del 2008, donde se implementaron intervenciones de enfermería enfocadas a la educación para la salud sobre temas como diabetes mellitus, insuficiencia renal, diálisis peritoneal, manejo del glucómetro y se dio atención de enfermería tanatológica en el momento que se requirió así como ejercicios de relajación.

CAPÍTULO 4

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FAMILIAR

4.1 VALORACIÓN FAMILIAR

4.1.1 DATOS GENERALES FAMILIARES

Familia: V. F.

Domicilio: En la colonia Santiaguito, ubicado dentro del AGEB 086-6 San Luís Tlaxialtemalco, en la Delegación Xochimilco, México DF.

Fecha: 22 de mayo 2008

Datos ambientales y de la vivienda:

Son originarios del Distrito Federal, hace 30 años vivían en la colonia Ruiz Cortínez y colonias vecinas en la delegación de Coyoacán donde rentaban viviendas, sin embargo, decidieron hacerse de una propiedad, motivo por el cual llegaron a San Luís Tlaxialtemalco.

Actualmente la casa que habita la familia V. F es propia, ubicada en la Colonia Santiaguito, cuenta con cinco cuartos; los que se localizan en la planta baja, se percibe la temperatura baja, sin embargo la familia refiere que los cuartos de arriba se encuentran con temperatura agradable, existen 7 ventanas en total en toda la vivienda, es una casa de dos pisos, el techo es de cemento y muros de tabique sin acabados. Cuenta con zaguán de herrería cerrado totalmente en cual no permite la entrada de luz al interior del garaje, su techo es el primer nivel de la casa y el piso es de tierra; este se cruza para ingresar al hogar de la familia. La habitación de la planta baja es amplia en forma rectangular, acondicionada como dormitorio de la paciente índice, en esa misma área se encuentra la sala-comedor, cocina y baño; se observa una casa en proceso de construcción, se percibe fría; aunque tiene un ventanal por donde penetran los rayos del sol por la mañana y una ventana por donde se visualiza la calle.

La vivienda se encuentra ubicada en una colonia en proceso de urbanización, en una área montañosa, donde los terrenos son irregulares; existen algunos lotes baldíos, otros con casas en construcción habitados y otras deshabitadas; la calle se encuentra sin pavimentar por lo tanto se observa tierra suelta que al hacer aire

se levanta el polvo, piedras sueltas que ponen en riesgo a los habitantes al caminar. El acceso a la zona es difícil, pues solo se puede ingresar a la colonia caminando ó abordando un taxi, no se ha observado alguna ruta de transporte público en este lugar.

Composición e historia familiar

Está conformada por la señora **Blanca** de 60 años (paciente índice), que cumple con el rol de madre y abuela a la vez, dedicada al hogar con estudios de primaria, es derechohabiente al ISSSTE por parte de su hijo Mauricio, también utiliza servicio médico particular, no realiza ejercicio físico y no participa en grupos de apoyo, así como en labores del hogar por sentirse enferma, refiere no haber sufrido caídas. Durante la primera visita los familiares refieren que la señora Blanca se encuentra internada en el hospital López Mateos por problemas de insuficiencia renal como complicación de diabetes.

En la segunda visita familiar se puede entrevistar a la paciente índice que nos recibe con agrado, sin embargo se observa angustiada, con respiración entrecortada, ansiosa, al vernos suelta el llanto y refiere sentir miedo porque durante su internamiento los médicos le comentaron sobre la posibilidad de instalarle un catéter para diálisis peritoneal.

Por otro lado cuenta haber perdido una hija de 16 años hace 20 años; relata que permitía a una vecina de la colonia de Ruiz Cortines llevar a sus hijos de paseo con ella ya que eran amigas y confiaba en ella, por lo general solía dar permiso a sus hijos para que se los llevaran de paseo al estado de Veracruz de donde era originaria y siempre regresaban la fecha permitida, de esta forma ya existía confianza para dejárselos, sin embargo en una ocasión refiere que le dio permiso a su segunda hija "Mónica", para que fuera con los vecinos de paseo, los cuales saldrían muy temprano de su casa.

La señora Blanca narra que la noche anterior ella tuvo que salir a visitar a un familiar y que por motivos ajenos no pudo llegar a dormir a su casa, ella se sentía inquieta pues tenía el presentimiento de que era la última vez que vería a su hija, por más que trato de llegar antes que los vecinos salieran, no lo logro y a partir de entonces nunca más volvió a ver a su hija.

Desde ese momento ella inició la búsqueda de su hija, recurrió al estado de Veracruz donde los familiares de sus vecinos refirieron no tener noticias de ellos, sin embargo sospechaba que estos sabían algo sobre lo ocurrido con dichas personas. Ha recurrido a instancias gubernamentales y de asociaciones civiles para la búsqueda sin obtener resultados; así como a la televisión con el programa de televisión de Jorge Garralda.

Sin embargo ella presiente que su hija fue utilizada para encubrir el narcotráfico, porque unas personas del estado de Veracruz le insinuaron información sobre esta situación. La paciente índice se muestra abatida porque no sabe si su hija vive o se encuentra muerta, por lo que continúa con su búsqueda ya que refiere que ella estaría en paz si supiera que en el peor de los casos ella se encontrara muerta.

Por otro lado la señora Blanca nos comunica que cuando era niña sentía que su mamá prefería más a sus hermanos y que a ella la tomaba en cuenta en segundo término por lo que no tuvo la oportunidad de disfrutar el amor de su madre.

Mauricio de 42 años es el hijo mayor de la señora Blanca y se encuentra casado con la señora Wendy de 24 años de edad, procrearon dos hijos Mauricio de 6 años y Alan de 5 años; esta familia vive en el mismo terreno pero en casa separada.

Mauricio es empleado de gobierno, cuenta con seguro médico en el ISSSTE y proporciona seguridad médica a su mamá; como ya se mencionó en la primera entrevista familiar, él fue quien nos recibió y prefirió contactarnos con su hermana Norma, en ese momento se observa aflicción, nerviosismo por la enfermedad de su mamá y refirió tener graves problemas de salud dentro de su familia por lo que dudo que nuestras intervenciones pudieran ayudar a resolverlos. Sin embargo se convenció para que las aceptara. Se observa que tiene interés en la salud de su mamá pero rehúye al compromiso de cuidarla.

La señora **Wendy** de 24 años de edad es nuera de la Sra. Blanca con ella se tuvo poca comunicación pero se observó que estaba pendiente de la evolución de la enfermedad de su suegra sin involucrarse en el cuidado de la misma, por refiere no tener tiempo debido a que tiene que atender a sus dos pequeños hijos (no se tuvo contacto en ningún momento y sin poder observar su comportamiento).

La señora **Norma** de 39 años de edad, cumple con el rol de hija y madre y es la cuidadora principal de la señora Blanca (paciente índice), dejó de trabajar a consecuencia de la enfermedad de su mamá. Su escolaridad es Licenciada en Relaciones Comerciales, el servicio médico que utiliza es el medio privado por no contar con seguridad social a consecuencia de haber dejado de trabajar. Norma se ejercita caminando, no participa en grupos sociales y por la enfermedad de su mamá ha dejado de asistir a reuniones y fiesta con sus excompañeros de trabajo y amigos. Se observa a Norma con cansancio físico, bajo peso corporal, complaciente con su mamá, lleva control de las citas médicas de su madre, ella desempeña el rol de jefe de familia, de ama de casa y de cuidadora.

Maricruz de 14 años es estudiante de secundaria, cumple con el rol de hija y nieta, es hija única de la señora Norma y solo vive con su mamá y abuela materna, no realiza ejercicio, solo se ejercita en la materia de educación física de su escuela. Se observa poco interés y participación en el cuidado de la paciente índice y solo colabora cuando se le pide que realice alguna actividad.

4. 1. 2 ESTRUCTURA FAMILIAR:

Proceso de comunicación

La comunicación de la familia se encuentra alterada a consecuencia del estado de salud delicado de la señora Blanca, debido a las constantes hospitalizaciones y de su estado emocional alterado, provocando estrés al resto de los integrantes de la familia.

Estructura del rol y del poder

La señora Norma juega el papel de jefe de familia por ser ella la proveedora económica, las decisiones en cuanto al tratamiento de la señora Blanca las toman sus hijos y la misma paciente. La señora Blanca juega el rol de abuela y madre y se dedica al hogar pero en estos momentos no apoya en las labores del hogar por su padecimiento.

Sistemas de valores

Son de religión católica, celebran fechas de acuerdo a su religiosidad como son: El 12 de diciembre donde adoran a la virgen de Guadalupe, en la noche buena alaban el nacimiento del niño Jesús y la navidad la pasan juntos, en el año nuevo se reúnen en familia para celebrarlo, refieren festejar el 2 de febrero día de la candelaria. En el dormitorio de la señora Blanca se observa un pequeño altar donde se encuentra al niño Dios, la virgen de Guadalupe y un Cristo; cuando se abordó este tema se presta atención en la actitud de la paciente la cual demuestra una gran devoción sobre todo al referirse al niño Dios. Comentan asistir ocasionalmente a misa.

4. 1. 3 FUNCIONES FAMILIARES

Función afectiva

Se observa que Norma atiende a su mamá con amor y la señora Blanca no toma en cuenta esta situación, se visualiza que su hijo también la quiere debido a la preocupación de estado de salud. Norma refiere que manifiestan su amor y afecto a través de abrazos y besos; y que sus enojos los expresan con caras y expresiones desagradables.

Función de socialización

Se observó que existe comunicación entre Norma y su hermano quien la apoya de vez en cuando en la atención de su mamá, esto es, en la necesidad de llevarla al hospital, él las transporta en su carro, ó en caso de urgencias. Refiere Norma que su hermano la apoya cuando es necesario tomar una decisión en cuanto al tratamiento de la señora Blanca. Se percibe comunicación entre la señora Norma y su madre sin embargo se observa cierto descontento de nuestra paciente índice y la complacencia de la hija hacia la madre en todo. Maricruz convive con ellas pero se observa que no se involucra demasiado en la convivencia familiar. Norma refiere que cuando Maricruz no acata sus obligaciones recibe regaños.

Función reproductora

La señora Blanca es separada de su pareja con quien tuvo tres hijos, dos de ellos actualmente son adultos.

Norma es madre soltera y tiene una hija en etapa de la adolescencia, no piensa tener más familia. Mauricio tiene a dos niños de 5 y 6 años.

Función económica

Los gastos de la familia corren a cuenta de Norma y su situación es delicada ya que ella tuvo que salirse de trabajar para cuidar a su mamá a causa del estado delicado de salud, Norma es Licenciada en Relaciones Comerciales y ocupaba puestos directivos en empresa privada; actualmente se sostienen económicamente por los ahorros que Norma hizo con anterioridad.

Función de atención a la salud.

La señora Blanca se encuentra asegurada al ISSSTE por parte de su hijo pero también utiliza servicio médico particular. Norma y MariCruz utilizan el servicio médico privado por no contar con seguridad social.

4. 1. 4 MODELO DE OREM APLICADO A LA FAMILIA

Requisitos de autocuidado universal

- ***mantenimiento de un aporte suficiente de aire***

La casa que habita la familia V. F, cuenta con cinco cuartos y siete ventanas en total, la cuales no se abren para ventilar las habitaciones por la enfermedad de la señora Blanca y por sus constantes hospitalizaciones, comenta Norma que en dos ocasiones tuvo tratamiento médico por bronconeumonía, la señora Blanca refiere cansancio y falta de aire al caminar distancias largas durante la enfermedad. Las medidas de prevención que toma la familia para protegerse de las vías respiratorias en cubrirse con suéter grueso, calcetas sobre todo en temporada invernal, no tocan el agua en esta época.

- ***mantenimiento de un aporte suficiente de agua.***

El agua que consume la familia la adquiere de la llave y la ingieren después de desinfectarla con gotas de yodo; la señora Blanca bebe un litro de agua diario por la restricción de líquidos que le indico su médico tratante, Norma ingiere poca

agua $\frac{3}{4}$ de litro porque refiere no tener tiempo para hacerlo y Maricruz solo ingiere un litro de agua.

- ***mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.***

Norma prepara y sirve los alimentos, consumen con mayor frecuencia las verduras porque a Norma le gustan mucho, a esto se le suma la dieta prescrita por los médicos de la Sra. Blanca; les gusta comer hamburguesas, “hot dog” y sopa de pasta de vez en cuando y como antojo. A la señora Blanca no le gusta el pescado.

- ***provisión de cuidados asociados con lo procesos de eliminación y los excrementos.***

La Sra. Blanca refiere estar estreñida durante su hospitalización y para resolver ese problema le indicaron senosidos AB con los que se obtuvo buenos resultados.

- ***mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.***

La señora Blanca refiere dormir poco debido a su estado de salud.

Norma por su parte refiere dormir poco a causa de las hospitalizaciones y consultas de su mamá, además de los quehaceres del hogar, le gusta caminar cuando puede. Mari cruz realiza ejercicio solo en su escuela y refiere dormir bien.

- ***mantenimiento del equilibrio entre la sociedad y la interacción social. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.***

La familia se reúne a la hora de la comida, y es cuando platican o toman decisiones relacionadas a problemas familiares o de bienestar de la misma. Ningún de ellos asiste a grupos sociales ó de apoyo, pero si les gustaría participar más adelante en cuanto la señora Blanca se restablezca.

Debido a la ubicación de su domicilio en una colonia en proceso de urbanización, en una área montañosa con terrenos irregulares y algunos lotes baldíos, casa en construcción, alguna de ella habitadas y otras deshabitadas se observa inseguridad para la población, por otro lado la calle se encuentra sin pavimentar y se observa tierra suelta que al hacer aire se levanta el polvo, piedras sueltas que ponen en riesgo a los habitantes al caminar.

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

Conviven con su familia cercana como son los hermanos de la Sra. Blanca y solo cuando ellos van de visita, Norma ha dejado de asistir a reuniones de amigos y sus excompañeros de trabajo y Maricruz asiste a reuniones con sus compañeros de escuela.

Requisito de autocuidado en la desviación de la salud:

- ***Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en patologías específicas.***

La Sra. Blanca se encuentra con atención médica por parte del ISSSTE, donde ha estado hospitalizada últimamente por insuficiencia renal crónica.

- ***Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos.***

La señora Blanca esta consciente de la pérdida de su salud produciéndose en ella depresión y llanto. No tiene interés y motivaciones para el futuro y manifiesta la pérdida de su hija hace 20 años.

- ***Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente escritas***

La cuidadora es responsable de que la señora Blanca reciba atención médica adecuada porque está al pendiente consultas médicas y ella la acompaña, también verifica los horarios de los medicamentos prescritos y vigila que la señora Blanca los ingiera.

- ***Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas por el médico.***

Existe la probabilidad de que se le realice a la paciente índice diálisis peritoneal, lo que ha provocado en ella negación ante el procedimiento.

- ***Modificación del autoconcepto de autoimagen, aceptándose como un ser con un estado particular de salud que requiere formas específicas de cuidado.***

La paciente rechaza la diálisis peritoneal, pero el resto del tratamiento médico, incluyendo la dieta prescrita la lleva a cabo.

- ***Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida, que promueva el desarrollo personal continuo.***

Se encuentra en proceso de negación de su enfermedad afectándola psicológicamente y modificando el estilo de vida de su familia.

4.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.- Alteración del sistema familiar relacionado con la enfermedad de la Sra. Blanca (insuficiencia renal crónica y depresión por pérdida de una hija), manifestado por falta de empleo de la Sra. Norma, manipulación del la paciente índice hacia su cuidadora, indiferencia de Maricruz hacia la enfermedad de la abuela y poca cooperación de Mauricio con el cuidado de su madre. (diagnóstico real)

2.- Cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con la creciente demanda de cuidados de su madre manifestada por la falta de tiempo para cubrir las necesidades personales (abandono de trabajo profesional, no participación de la vida social e insuficientes actividades recreativas), estrés, tensión emocional, agotamiento físico y bajo peso.(diagnóstico real)

3.- Duelo no resuelto de la paciente índice relacionado por la pérdida de una hija desde hace 20 años y la falta de amor por parte de su madre, manifestado por sollozos, angustia y expresión verbal (relata cómo perdió su hija y refiere el dolor que siente que su mamá no la haya querido). Diagnóstico real

4.- Miedo a lo desconocido relacionado con la probable realización de diálisis peritoneal, manifestado por angustia, ansiedad y llanto. (diagnóstico real)

5.- Baja ingesta de líquido relacionada con la falta de información sobre la importancia del consumo de dos litros de agua al día manifestada por que mencionan que cada integrante de la familia ingiere por lo general de 750ml a un litro de agua al día.(diagnóstico real)

6.- Conductas generadoras de salud para estimular el óptimo crecimiento y desarrollo del adolescente de la familia. (diagnóstico de bienestar)

4.3 PLANEACIÓN

4.3.1 PLAN DE CUIDADOS

Diagnóstico 1

1.- Alteración del sistema familiar relacionado con la enfermedad de la señora Blanca (insuficiencia renal crónica y depresión por pérdida de una hija), manifestado por falta de empleo de la señora Norma, manipulación de la paciente índice hacia su cuidadora, indiferencia de Maricruz hacia la enfermedad de la abuela y poca cooperación de Mauricio con el cuidado de su madre.

Objetivos:

- La familia aceptará las intervenciones de enfermería especializada en Salud Pública durante 6 visitas domiciliarias (una por semana) para mejorar su relación familiar y ayudarlos a entender el curso de la enfermedad de la paciente índice
- La familia será capaz de desarrollar relaciones sociales que permitan superar la crisis emocional y expresar los recuerdos positivos y negativos de la pérdida de Mónica.
- La familia tomará una terapia de relajación familiar que permita eliminar tensiones emocionales.
- La familia participará en forma activa para favorecer el autocuidado.

- La familia tomará conciencia sobre la responsabilidad de cada integrante para el cuidado de la paciente índice.

Intervención de Enfermería:

- Se explico a la familia el objetivo de nuestra visita (estudio de familia donde podemos proporcionar orientación sobre la atención a las necesidades de salud).
- Se proporciono apoyo tanatológico como intervención de auxilio a paciente en crisis.
- Se realizo la orientación sobre la enfermedad de insuficiencia renal crónica para que entiendan el curso de la enfermedad, disipen dudas, expresen sentimiento y preocupaciones.
- Se propicio que la familia exprese sus sentimientos sobre la pérdida de Mónica.
- Se proporciono información sobre grupos de ayuda mutua.
- Se sugirió a la familia la organización de horarios para el cuidado de la Sra. Blanca evitando así el cansancio de un solo cuidador.
- Se realizo la sesión familiar de relajación.

Evaluación:

Con las intervenciones realizadas se pudo observar mejoras en las relaciones familiares y la comunicación entre madre, hijo y nietos. Además comenta Norma que la señora Blanca tuvo cambios de humor, que ya no llora constantemente, que pide ayuda a sus familiares para bañarse y arreglarse, ya participa en quehaceres de la casa como lavar los trastes y le da gusto salir con sus hijos a pasear y de compras.

Con la orientación sobre insuficiencia renal crónica se observo en la familia una disminución de ansiedad ante la problemática de salud de la paciente índice.

El apoyo tanatológico brindado a la señora Blanca durante el primer contacto con ella, fue cuando se encontraba en estado de crisis, esto ayudó para que ella expresara sus sentimientos, temores y culpas que la agobiaban a través de sollozos y deshago. Después de un tiempo aproximado de dos horas la señora Blanca pudo tranquilizarse por si misma. Esta situación se repitió en dos

ocasiones más, no con la misma intensidad como en la primera visita y se mantuvo el apoyo. Esto sumado al ejercicio de relajación que se brindó posteriormente ayudó a disminuir la ansiedad contribuyendo el bienestar familiar. No se valora la integración social de la familia porque aun no forman parte de los grupos de ayuda, refieren en ese momento no tener tiempo para llevarlo a cabo.

Diagnóstico 2

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con la creciente demanda de cuidados de la madre manifestada por la falta de tiempo para cubrir las necesidades personales (abandono de trabajo profesional, no participación de la vida social e insuficientes actividades recreativas), estrés, tensión emocional, agotamiento físico y bajo peso.

Objetivos:

- Norma disminuirá su estrés y tensión emocional
- Disipará dudas acerca de los cuidados requeridos por la señora Blanca.
- La familia se involucrará organizando horarios para el cuidado de la señora Blanca
- Norma se reintegrará a la vida social y recuperará su peso ideal.

Intervenciones:

- Se incluyó a Norma en el ejercicio de relajación y se le sugirió realizarlo cuando ella se sienta cansada, agotada y/o estresada.
- Se sugirió a la familia programar turnos para el cuidado de la paciente índice que incluyan horarios de medicamentos, consultas y estudios programados de tal forma que cada una satisfaga sus necesidades personales.
- Se platicó con Norma de la importancia de relacionarse nuevamente con sus amistades y contemplar la posibilidad de reincorporarse a la vida laboral.
- Se contactó a Norma con la Licenciada en nutrición de la clínica de Santiago Tepalcatlalpan por parte de la delegación de Xochimilco para que sea atendida.

- Se informo a Norma de los requisitos para ingresar a la alberca de Xochimilco así como los horarios para que pueda integrarse a las clases de natación para favorecer el equilibrio entre la sociedad e interacción social.

Evaluación:

Norma acepto el ejercicio de relajación y refiere realizarlos cuando se siente estresada; a pesar de que se propuso a la familia rolarse el cuidado se observo que Norma continuaba llevando la responsabilidad en el cuidado de la señora Blanca y que sus familiares solo la apoyaban un poco más, sin embargo creció el interés por informarse sobre el tratamiento de la señora Blanca.

Norma refiere salir de vez en cuando con algunas amistades pero se observa aun el apego hacia el cuidado de su madre.

Por término de nuestras visitas no se puede valorar la atención de Norma con la nutrióloga y su asistencia al deportivo de Xochimilco.

Diagnóstico 3

3.- Duelo no resuelto de la paciente índice relacionado por la pérdida de una hija desde hace 20 años y la falta de amor por parte de su madre, manifestado por sollozos, angustia y expresión verbal (relata cómo perdió su hija y refiere el dolor que siente que su mamá no la haya querido).

Objetivo:

La señora Blanca superará el proceso de duelo que sufre para restaurar la salud emocional individual y familiar con la ayuda de las intervenciones de enfermería durante 6 visitas domiciliarias programadas y el apoyo de profesionales especializados (tanatólogos y psicólogos).

Intervenciones:

Se brindo atención tanatológica de enfermería como auxilio al paciente en estado de crisis:

- Se brindo la confianza para que se sienta con seguridad para hacerlo.
- Se escucho atentamente y se guardo silencio para que platicara sus sentimientos, sus temores y angustias

- Se transmitió afecto mediante el tacto, se toma su brazo y se toca su hombro cuando la situación lo permite.
- Por último, se le sugirió la búsqueda de apoyo espiritual.

Se invito a la familia a realizar un ejercicio de relajación

- 1) Se les solicito que eligieran la posición más cómoda para ellas.
- 2) Se les invito a que se relajen y solo se centren en los movimientos de su respiración y se centren en poner la mente en blanco.
- 3) Posteriormente se les pidió que recordaran situaciones o imágenes agradables proporcionándoles tiempo y silencio.
- 4) Se le indico que regresen a la vida cotidiana suavemente.
- 5) Se les solicito que poco a poco fueran abriendo los ojos cuando ellas consideren sea oportuno.
- 6) Por último se les pidió que poco a poco fueran moviendo los dedos, las manos, los pies y todo el cuerpo; y se estiren y bostecen.

Se dio orientación a la familia sobre la importancia de atender los duelos no resueltos a través de atención especializada con psicólogos y tanatólogos y se proporciono información sobre centros que brinden estas consultas.

Se les invita acudan al Consultorio Tanatológico, ubicado en la colonia del Valle y de no poder asistir a consecuencia de la distancia, pasajes y los costos de la consulta, se les proporciona información sobre la atención psicológica que presta el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (DIF) del centro de Tulyehualco.

Evaluación:

La señora Blanca pudo expresar sus sentimientos sobre la pérdida de su salud, así como la de su hija Mónica y el desamor de su madre; nuestra intervención ayudó para que ella expresara sus sentimientos, temores y culpas que la agobiaban; lloró y se aprovecho la situación para brindarle confianza y escucharla con atención. Después de un tiempo aproximado de dos horas la señora Blanca pudo tranquilizarse por sí misma y fue necesario continuar esta intervención en dos visitas más porque la situación así lo ameritó.

El ejercicio de relajación no se pudo llevar a cabo con toda la familia por que los horarios de las visitas domiciliarias no coincidían con todos los integrantes de la familia debido a sus ocupaciones. Solo se abordó a la paciente índice y su cuidadora. Después de la actividad en la señora Blanca se observó un semblante de tranquilidad y se percibió una ligera sonrisa y Norma describió haberse sentido “bien”.

Refiere Norma haber asistido al DIF del Centro de Tulyehualco a pedir fecha para consulta con el psicólogo para la señora Blanca. Los resultados de esta actividad no se pudieron valorar por el poco tiempo de las visitas domiciliarias a la familia.

Diagnóstico 4

Miedo a lo desconocido relacionado con la probable realización de diálisis peritoneal, manifestado por angustia, ansiedad y llanto.

Objetivo:

La señora Blanca disminuirá la angustia y el temor para que acepte la diálisis peritoneal como parte del tratamiento de su enfermedad, proporcionando información sobre este tema.

Intervención

Se proporcionó educación para la salud sobre diabetes mellitus, insuficiencia renal y diálisis peritoneal a la familia para disminuir la incertidumbre, miedo y ansiedad, así como para disipar dudas de la familia sobre estos temas

Evaluación:

Después de la educación para la salud proporcionada, la familia se observó una disminución de ansiedad, disiparon sus dudas, aprendieron el manejo del glucómetro y la señora Blanca admitió sin estrés y más tranquila la posibilidad de la diálisis peritoneal, aceptó la necesidad de cuidarse al máximo para evitar más complicaciones y agradeció nuestra intervención.

Diagnóstico 5

Baja ingesta de líquido relacionada con la falta de información sobre la importancia del consumo de dos litros de agua al día manifestada por que mencionan que cada integrante de la familia ingiere por lo general de 750ml a un litro de agua al día.

Objetivo:

La familia aumentará el consumo de líquido diario para evitar probables complicaciones de salud como deshidratación e Infección de vías urinarias y estreñimiento

Intervención:

Se proporciono educación para la salud, sobre la importancia del consumo diario de 2 litros de agua para evitar problemas de deshidratación e Infección de vías urinarias y estreñimiento

Evaluación:

La familia refiere haber aumentado la ingesta diaria de líquidos durante el día.

Diagnóstico 6

6.- Conductas generadoras de salud para estimular el óptimo crecimiento y desarrollo del adolescente de la familia.

Objetivo:

Realizar prácticas de autocuidado para su mejor crecimiento y desarrollo motivando el interés por su propia salud.

Intervenciones:

Se proporciono educación para la salud sobre actividades recreativas, deportivas y de alimentación.

Evaluación:

Se proporcionó la información sobre actividades deportivas, recreativas y de alimentación a Maricruz sin embargo no se pudo valorar resultados debido al término de las visitas familiares.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

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

La familia intervenida recibió atención especializada de acuerdo a sus necesidades en el momento de trabajar con ella, con resultados positivos, algunos de ellos se observaron inmediatamente y otros con el paso del tiempo mientras se realizaron las visitas domiciliarias de seguimiento.

La paciente índice se encontraba en un estado emocional de desequilibrio con manifestaciones de llanto y angustia, esto era transmitido a la familia, provocando alteraciones, pero con las intervenciones de enfermería la señora Blanca pudo expresar sus sentimientos sobre la pérdida de su salud, la de su hija y el desamor de su madre e identificó que cuenta con el apoyo de cada uno de sus hijos.

La cuidadora principal logró involucrar más a su hermano en el cuidado de su madre para satisfacer las demandas de atención que esta requería. Se observó que la disposición de trabajar en conjunto es mejor.

También se le dio atención a la cuidadora primaria, ya que como sabemos ellos llegan a descuidarse físicamente, psicológicamente y emocionalmente; se le invitó a realizar ejercicios de relajación, y se le sugirió acudir a consulta con nutriólogo, médico y psicólogo, para ayudar a mejorar su estado de salud.

Por el poco tiempo de práctica con la familia no se logró valorar totalmente los resultados, sin embargo los cambios durante las visitas fueron positivos, las intervenciones ayudaron a modificar algunos aspectos y la actitud de los integrantes de la familia.

En la última visita se tuvo la oportunidad de observar cambios positivos en la señora Blanca como verla con mejor humor, refiere ya no llorar constantemente como solía hacerlo, pide auxilio a sus familiares para bañarse y arreglarse, y

participar en quehaceres del hogar (lavar trastes y barrer); le da gusto salir con sus hijos a pasear o simplemente ir de compras al mercado con ellos.

Sin embargo por el tiempo corto con que se trabajó con la familia no se logró concluir la atención de enfermería con la cuidadora principal, por lo que es necesario continuar las intervenciones con la unidad familiar.

Se sugiere que se dé continuidad al caso de familia por los pasantes de la licenciatura de enfermería del Centro Universitario de Enfermería Comunitario CUEC de San Luís Tlaxialtemalco, ya que ellos permanecen más tiempo en el área comunitaria y la familia presenta múltiples necesidades de atención que requieren de seguimiento y apoyo para lograr el objetivo de recuperar la salud, principalmente la cuidadora quien ahora es, la que requiere de atención especializada de enfermería.

Se propone que las escuela de enfermería integren en sus programas la materia de tanatología, pues es común que el profesional de enfermería se enfrente frecuentemente con personas que sufren el proceso de duelo por alguna pérdida que va desde lo más insignificante hasta lo más preciado y debe estar preparado para intervenir adecuadamente ante estas situaciones.

A través del Proceso de Atención de Enfermería se realizó la valoración del estado de salud de la familia; además, se obtuvieron datos complementarios con la observación y se elaboraron diagnósticos de enfermería de acuerdo a las necesidades de salud de la paciente índice y de cada integrante de la familia, se efectuó un plan de cuidados y se ejecuto; los resultados fueron favorables; las teorías de desarrollo de familia de Duvall y de D. Orem fundamentaron las intervenciones de enfermería efectuadas. Con lo cual, se puede concluir que la atención a la familia es fundamental para el cuidado integral de los problemas de salud así como para la promoción del autocuidado a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro, Lefevre Rosalinda (2003) Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ta edición
2. Alsina, J. (1989). Licenciatura Nefrología, Edit. Salvat. Barcelona España.
3. Castro, C Ma. Carmen (2008) Tanatología, la inteligencia emocional y el proceso de duelo. 2da edición, Edit trillas.
4. Cavanagh, S. Significado de la Enfermería. Capítulo 1, en Modelo de Orem. Aplicación Práctica. Edit. Científicas y Técnicas, S.A. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona España. 1993
5. Cruzada Nacional por la Calidad de la salud (2001) Código de ética para las enfermeras y los enfermeros de México. 1era edición 2001, México D.F
6. De los Ríos CJL. (2004) Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. Revista Médica IMSS 2004. Vol. 42 no. 5
7. Dulanto, Gutiérrez, E (2004). La familia, un espacio de encuentro y crecimiento para todos. Edit. Editores de textos mexicanos.
8. García, Fuentes S. "Que es la tanatología" en manuscritos. ENEO – UNAM. México, 2001
9. González, Juárez Liliana (2004) Valoración de factores de riesgo para DM2 en una comunidad semiurbana de la Ciudad de México. Revista de enfermería del IMSS Vol. 12 No 2. mayo-agosto 2004.
10. Griffith, W Janet. (1992). Proceso de atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y modelos. Edit. Manual Moderno. México D.F.
11. Hernández, Conesa J. (1999). El método de intervención en enfermería: el proceso de enfermería. Edit. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid España.
12. Hall, J. E (1990) Enfermería en salud comunitaria: Un enfoque de sistemas. 1era edición. OPS.
13. Huerta, González J. Luís (2005) Medicina familiar: la familia en el proceso salud - enfermedad. Biblioteca de medicina familiar.
13. Instituto Mexicano del Seguro Social (2010) Informe de labores 2009-2010 y programa de actividades 2010. 1era edición.

14. Kozie, Erb, Olivierj (1994) Aceptando la perdida y la muerte, en enfermería fundamental, tomo 4. Ed. Interamericana Mc Graw hill. México 1994.
15. Lerman, Israel (2001). Atención Integral del Paciente Diabético. 2da. edición, editorial Mc Graw – Hill
16. Ley General de Salud 2002. Edit. Sista México.
17. Mac, Goldric (1987) Genogramas. Editorial Gedisa.
18. Mercado, Aranda Martha C (2001) Intervenciones Tanatologicas de Enfermería HGM- ENEO.
19. Olaiz, Fernández Gustavo (2007). Diabetes mellitas en adultos mexicanos: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. salud pública Méx. 2007, vol49, suppl 3.
20. Orem, D.E. Modelo de Orem (1993) Conceptos de Enfermería en la práctica 4ª ed. Edit. Científicas y Técnicas, S.A Masson-Salvat Enfermería. Barcelona España.
21. Polit, Denise (1994) Investigación científica en ciencias de la salud 3era edición, Edit. Interamericana Mc Graw – Hill.
22. Secretaria de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública, Dirección de Atención Médica (2006) Diabetes Mellitus .Guía de Práctica Clínica. Criterios Comunes Mínimos.
23. Suárez, Elba Elena (1998) Aspectos éticos en la atención al enfermo Terminal. En cuando la muerte se acerca. Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, Caracas Venezuela, 1998.
24. Surraca, M. Luisa (1998) Diabetes ¿Qué es? Y como actuar, colección respuestas medicas 6, ediciones Colimbo, grupo Hermes.
25. Tapia, Conyer Roberto (2005) El manual de salud pública. Edit. Intersistemas. México D.F.
28. Velasco, Ma. L (2001) Manejo del enfermo crónico y su familia, sistema, historias y creencias. Edit. Manual moderno. México D.F

PÁGINAS DE INTERNET CONSULTADAS

<http://new.poho.org/hon/index.php> s/f

http://sabanet.unisabana.edu.co/crear/paginas/herramientas_de_valoracion_familiar/paginas/Ecomapa.html#simbolos 7 / 11 / 2011

<http://es.scribd.com/doc/12979586/ENSANUT-2006-Nacionales/> 5-05- 2011

www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm 7/09/2011

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san08609.htm

<http://wwwaquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/.../15710/09/2011>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>

<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=15716&SE=S>.

<http://bariatria-obesidad.blogspot.com/>

http://porlasaludimss.blogspot.com/2007/10/prevenimss-por-la-corresponsabilidad_17.html

<http://mellitusmagazines.blogspot.com>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html> (oms)

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>

<http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=15716&SE=S>

http://new.paho.org/hon/index.php?option=com_content&task=view&id=100&Itemid=133

http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=396&Itemid=1

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000900004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2004/e-im04-5/er-im045c.htm>

<http://es.scribd.com/doc/12979586/ENSANUT-2006-Nacionales>

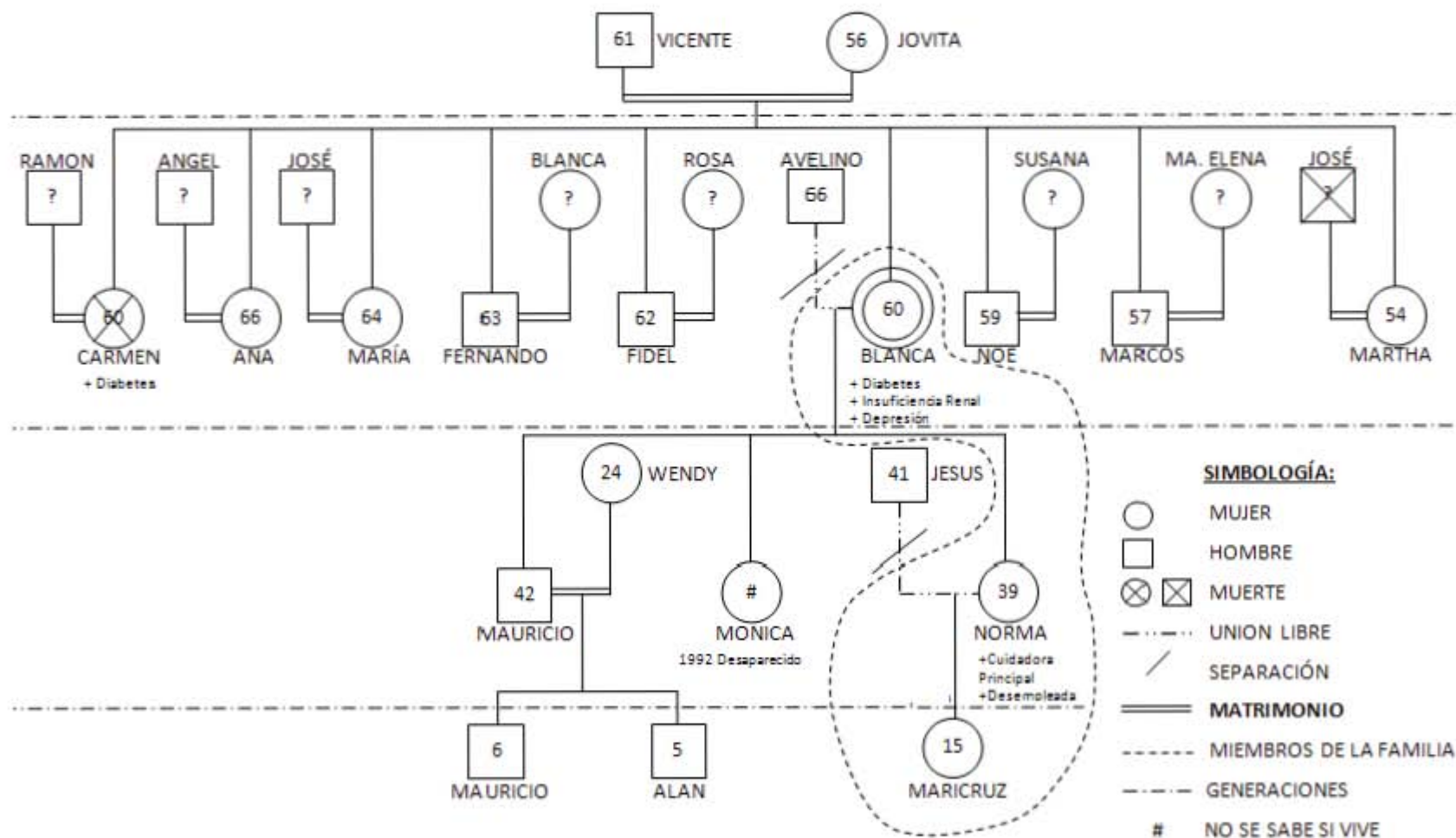
<http://www.imss.gob.mx/instituto/informes/index.htm>

http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_6_09/san08609.htm

A N E X O S

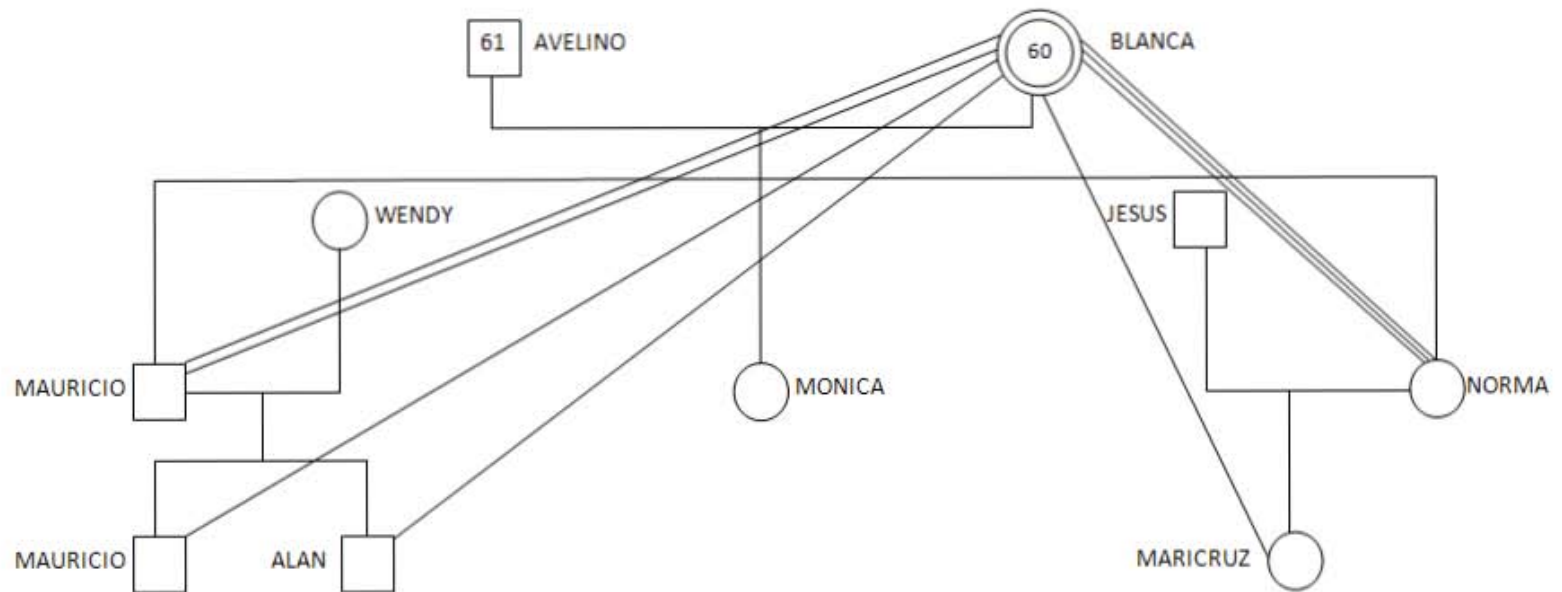
GENOGRAMA ESTRUCTURAL FAMILIA V.F.

2008



GENOGRAMA FUNCIONAL DE LA FAMILIA V.F.

2008



SIMBOLOGIA



INTERACCIÓN FUERTE



INTERACCIÓN MODERADA



INTERACCIÓN LEVE

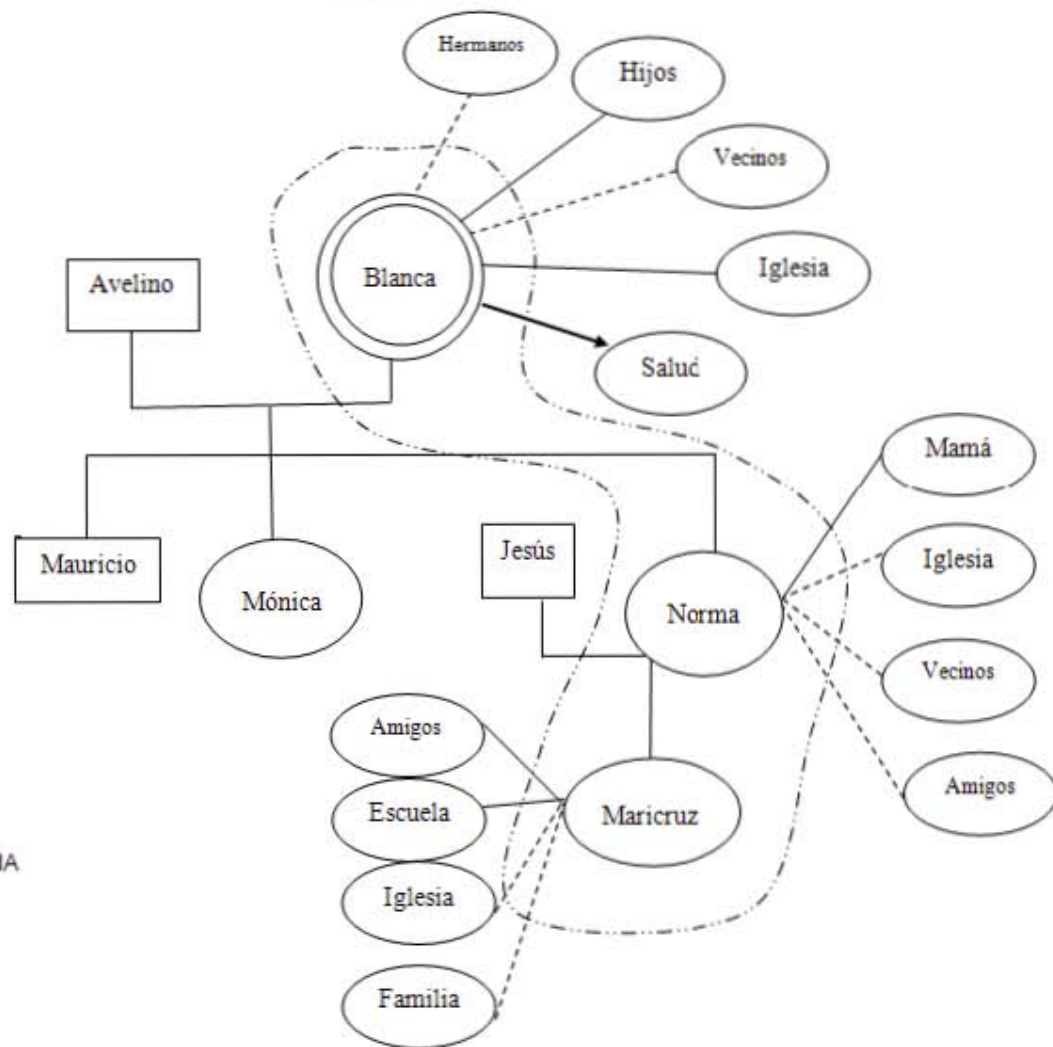


MUJER



HOMBRE

ECOMAPA FAMILIA V.F 2008





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICIA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA COMUNITARIA
CUE: SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

HOJA DE PLANEACIÓN Y REPORTE DE VISITA DOMICILIARIA

FECHA -----

FAMILIA: -----

DOMICILIO-----

CASO PISTA ----- EDAD ----- SEXO -----

DIAGNÓSTICO(S) DE ENFERMERÍA

OBJETIVO(S) DE LA VISITA -----

INTERVENCIONES A REALIZAR -----

SOLICITA -----

AUTORIZA -----

EVALUACIÓN DE LA VISITA REALIZADA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICA
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA.
VALORACIÓN FAMILIAR DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

COMUNIDAD ----- FOLIO -----
 ELABORÓ ----- FECHA -----

1. - FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

APELLIDOS DE LA FAMILIA -----
 DOMICILIO -----
 SECTOR ----- TELEFONO -----
 CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA -----

2.- COMPOSICIÓN FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	ESCOLARIDAD	EDO. SALUD

3.- TIPO DE FAMILIA -----

4.- HISTORIA FAMILIAR (INCLUIR EXPERIENCIAS QUE HAYAN OCURRIDO EN LA FAMILIA SOBRE: DIVORCIOS, MUERTES, PÉRDIDAS DE EMPLEOS, ETC.)

5.- ESTRUCTURA FAMILIAR

a) ESTRUCTURA DE ROL

¿EN SU FAMILIA QUIÉN ADOPTA EL ROL DE JEFE?-----

¿QUIÉN TOMA LAS DECISIONES RESPECTO A LA SALUD? -----

b) SISTEMAS DE VALORES

¿QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES RELIGIOSAS REALIZA LA FAMILIA EN CONJUNTO?

¿CUÁLES SON LAS FECHAS QUE FESTEJAN DURANTE TODO EL AÑO POR MOTIVOS RELIGIOSOS?-----

¿QUÉ TIPOS DE NORMAS O REGLAS TIENE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA ESCUELA, HOGAR Y TRABAJO?

¿QUÉ TIPO DE OBLIGACIONES TIENEN LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA ESCUELA, HOGAR Y TRABAJO.

c) PROCESO DE COMUNICACIÓN

¿CÓMO DESCRIBE LA COMUNICACIÓN ENTRE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA?

¿EXISTEN DIFICULTADES O AGRESIONES CUANDO PLATICAN ENTRE SI LA FAMILIA? -----

¿COMÓ EXPRESAN LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA SU AFECTO?

d) ESTRUCTURA DE 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

¿COMO SE IDENTIFICA EL EJERCICIO DE PODER EN EL SUBSISTEMA PARENTAL?

e) PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESO DE ELIMINACIÓN.

¿CUENTA LA FAMILIA CON SERVICIO DE BAÑO Y DRENAJE?-----

¿QUÉ TIPO DE REMEDIOS (LAXANTES, ASTRIGENTES) TOMA LA FAMILIA EN CASO DE PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO O DIARREA?

¿COMÓ DESENCAN LA BASURA?

¿EXISTEN PROBLEMAS DE MANEJO DE BASURA, CUCARACHAS, MOSCAS, ROEDORES?

f) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

¿CUÁNTAS HORAS DUERME?

¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA AL DÍA? _____

6.- FUNCIONES FAMILIARES.

1.- FUNCIÓN AFECTIVA.

¿CÓMO SE EXPRESAN LOS SENTIMIENTOS DE AFECTO ENTRE LA FAMILIA?

¿CÓMO EXPRESAN LOS SENTIMIENTOS DE ENOJO ENTRE LA FAMILIA?

2.- FUNCIÓN DE SOCIALIZACION

¿COMÓ SE DISTRIBUYEN LAS TAREAS DEL HOGAR?

¿QUÉ SANCIONES SE ESTABLECEN PARA LOS HIJOS CUANDO NO CUMPLEN CON SUS OBLIGACIONES?

¿ALGÚN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA TIENE PROBLEMAS CON LAS PERSONAS QUE CONVIVE EN EL TRABAJO, ESCUELA Y HOGAR?

3.- FUNCIÓN REPRODUCTORA

¿QUÉ TIPO DE ORIENTACIÓN HA RECIBIDO PARA EL EJERCICIO DE SU SEXUALIDAD?

¿EXISTEN PLANES PARA TENER HIJOS? SI ----- NO -----

¿POR QUÉ?

¿EXISTE ALGÚN PROBLEMA PARA EJERCER SU SEXUALIDAD?

SI ----- NO -----

¿CUÁL?

4.- FUNCIÓN ECONÓMICA

¿QUIÉN O QUIENES RESUELVEN LOS GASTOS FAMILIARES?

¿CÓMO RESUELVE LA FMILIA LOS PROBLEMAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE COMIDA, VIVENDA, ROPA Y SERVICIOS DE SALUD?

5.- FUNCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD.

¿CUENTA LA FAMILIA CON SEGURO SOCIAL? SI ----- NO -----

¿POR PARTE DE QUIÉN?

¿DONDE ACUDEN EN CASO DE PROBLEMA GRAVE DE SALUD?

¿QUÉ TIPO DE RECURSOS DE MEDICINA TRADICIONAL UTILIZA LA FAMILIA?

7.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADOS UNIVERSALES

a) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE.

¿LA VENTILACIÓN DEL HOGAR ES ADECUADA? SI ----- NO -----

¿QUÉ HACE LA FAMILIA PARA PROTEGERSE DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS?

¿QUÉ TIPO DE MOLESTIAS TIENE LA FAMILIA CON RESPECTO A LA RESPIRACIÓN?

¿QUÉ TIPO DE CONTAMINANTES EXISTEN EN EL LUGAR DONDE VIVE?

b) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AGUA

¿EL AGUA QUE CONSUME ES POTABLE? SI ----- NO -----

¿UTILIZA LA FAMILIA ALGUNA TÉCNICA PARA PURIFICAR EL AGUA?

SI ----- NO -----

¿CUÁL?-----

¿CUÁNDO Y QUÉ TIPO DE LÍQUIDOS ACOSTUMBRA BEBER LA FAMILIA?

¿CUÁL ES EL PATRÓN DE BAÑO DE LA FAMILIA?

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE REALIZA EL LAVADO DE MANOS?

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LAVAN LOS DIENTES LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA?

c) MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS? -----

¿QUIÉN Y CÓMO SE ORGANIZA EL CONSUMO DE LOS ALIMENTOS?

¿QUÉ ALIMENTOS SE CONSUMEN CON MAYOR FRECUENCIA?

¿QUÉ TIPO DE ALIMENTOS O PRODUCTOS PREFIERE LA FAMILIA?

¿QUÉ TIPO DE ALIMENTOS O PRODUCTOS LE DESAGRADAN A LA FAMILIA?

¿QUÉ TOMAN CUANDO ALGÚN INTEGRANTE TIENE PROBLEMAS DE DIGESTIÓN DE LOS ALIMENTOS?

d) PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN

¿CUENTA LA FAMILIA CON SERVICIOS DE BAÑO Y DRENAJE?

SI ----- NO -----

¿QUÉ TIPO DE REMEDIOS (LAXANTES, ASTRIGENTES) TOMA LA FAMILIA EN CASO DE PROBLEMAS DE ESTREÑIMIENTO O DIARREA?

¿COMÓ DESECHAN LA BASURA?

¿EXISTE PROBLEMAS DE MANEJO DE BASURA, CUCARACHAS, MOSCAS , ROEDORES?

e) MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO.

¿CUÁNTAS HORAS DUERME?

¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA AL DÍA?

¿QUÉ TIPO DE TRABAJO DESEMPEÑA?

¿REALIZA DEPORTE? SI ----- NO -----

¿CUÁL?-----

¿QUÉ ACTIVIDADES REALIZAN EN SUS TIEMPO LIBRES?

f) MANTENIMINETO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTEGRACION SOCIAL

¿PARTICIPA EN ALGÚN GRUPO SOCIAL? SI ----- NO -----

¿CUÁL?-----

¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA SUELE AISLARSE? SI ----- NO -----

¿QUIÉN?-----

9 REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD.

¿CUENTA CON AYUDA MÉDICA APROPIADA? SI ----- NO -----

¿ES CONCIENTE DE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LAS MEDIDAS TERAPEUTICAS? SI ----- NO -----

¿ES CONCIENTE DE LOS EFECTOS Y CONDICIONES DE SU ESTADO DE SALUD? SI ---
----- NO -----
