



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

Intervención de Enfermería Especializada basado en la Teoría
de Déficit de Auto cuidado para la Integración de la Familia R.M.

ESTUDIO DE CASO

Qué Para obtener el Grado de

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

Guadalupe Vanessa Plata Susano

Con la asesoría de:

Lic. Leticia Jinéz Ramos

México, D.F. Noviembre 2013.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



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

Intervención de Enfermería Especializada basado en la Teoría
de Déficit de Auto Cuidado para la Integración de la Familia R.M.

ESTUDIO DE CASO

Qué Para obtener el Grado de

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

Presenta:

Guadalupe Vanessa Plata Susano.

Con la asesoría de:

Lic. Leticia Jinéz Ramos



México, D.F. Noviembre 2013.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañando en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Primeramente quiero dar Gracias a Dios por haberme dado la sabiduría y el entendimiento, por proveerme de todo lo necesario para que fuera posible alcanzar este triunfo, por ser mi constante de paz y fortaleza y porque siento confianza y calma sabiendo que me acompaña.

Agradezco a la coordinadora de la Especialidad Lic. Marcela Díaz Mendoza por la dirección de este trabajo y a la profesora, Lic. Leticia Jinés Ramos; a ambas personas por haber confiado en mi persona, por sus consejos, su paciencia ante mi inconsistencia, por el apoyo y el ánimo que me brindaron.

Gracias también a mis queridos compañeros, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante un año de convivir dentro y fuera del salón de clase.

A mi madre, que es el ser más maravilloso de todo el mundo por estar junto a mí en los momentos más difíciles, sabiendo que no existirá forma alguna de agradecer una vida de sacrificios, esfuerzos y de amor gracias mamá, por todo tu apoyo, por cuidar de mi hijo ante mi ausencia. Mis logros son también tuyos e inspirados en ti, gracias madre.

A mis hermanos y esposo que me acompañaron en esta aventura que significó la especialidad y que, de forma incondicional, entendieron mis ausencias y mis malos momentos.

A mi padre, que a pesar de la distancia siempre estuvo atento para saber el avance mi proceso. Sin ustedes esto tampoco habría sido posible. No puedo dejar pasar esta oportunidad sin decirles que les amo y que gracias a ustedes estoy donde estoy.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi hijo Ian Paul, porque él tuvo que soportar largas horas sin la compañía de su mamá, sin poder entender, a su corta edad, el porqué prefería estar frente a la pantalla de la computadora y no acostada y/o jugando con él. A pesar de ello, cada vez que podíamos, al reunirnos, aprovechamos hermosos momentos, en los que su sola sonrisa me llenaba de ánimo y fuerzas. Te amo hijo eres mi luz, mi vida.

Tengo energía, creatividad y ganas de construir grandes proyectos porque me siento plena y feliz.

¡GRACIAS!

ÍNDICE

I.-	Introducción.	
II.-	Objetivos del Estudió de Caso.	
	2.1.- Objetivo General.	
	2.2.- Objetivos Específicos.	
III.-	Fundamentación.	
	3.1.- Nutrición, Síndrome Metabólico y Obesidad Mórbida.....	5
	3.2.- Respuesta Metabólica al Ejercicio.....	5
	3.3.- La Familia Funcional y Disfuncional, un Indicador de Salud	5
	3.4.- La Familia en la Determinación de la Salud.....	6
	3.5.- La Obesidad y el Síndrome Metabólico como Problema de Salud Pública.....	6
IV.-	Marco Conceptual.	
	4.1.- Antecedentes	
	4.2.- Conceptualización de la Enfermería.....	7
	4.3.- Paradigmas.....	7-9
	4.4.- Dorothea Elizabeth Orem.....	10
	4.5.- Teoría General de Déficit de Autocuidado.....	11-17
	4.6.- Teoría de Desarrollo Familiar (Duvall).....	18-34
	4.7.- Proceso de Atención de Enfermería.....	35-38
	4.8.- Diabetes.....	39-44
	4.9.- Obesidad.....	45-63
V.-	Metodología.	
	5.1.- Estrategia de Investigación: Estudio de caso.....	64
	5.2.- Selección del Caso y Fuentes de Información.....	64-65
	5.3.- Consideraciones éticas y legales.....	66
	5.3.1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	67
	5.3.2.- Ley General de Salud.....	68
	5.3.3.- Declaración de Helsinki.....	69
	5.3.4.- Código de ética para Enfermeras.....	70-71
VI.-	Presentación del caso.	
	6.1.- Descripción del caso.....	72
	6.2.- Antecedentes Generales de la Persona.....	73

VII.-	Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.	
7.1.-	Valoración.....	74-76
7.2.-	Jerarquización de Problemas.....	77
7.3.-	Planeación de los cuidados.....	78-80
7.4.-	Evaluación del Proceso.....	81
VIII.-	Plan de Alta.....	82-84
IX.-	Conclusiones.....	85
X.-	Sugerencias.....	86
	Bibliografía	87-89
	Anexos	
Anexo 1.	Consentimiento Informado.....	91
Anexo 2.	Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Autocuidado.....	92-102
Anexo 3.	Apgar Familiar.....	103
Anexo 4.	Escala de Situaciones Vitales Generadoras de Estrés.....	104
Anexo 5.	Croquis Área Geoestadística Básica. (AGEB) 0090.....	105
Anexo 6.	Croquis de Manzana.....	106
Anexo 7.	Ecomapa.....	107
Anexo 8.	Genomapa.....	108
Anexo 9.	Reseña fotográfica de la Familia.....	109-113
Anexo 10.	Instrumento de plan de Alta de Enfermería.....	114-116
Anexo 11.	Norma Oficial Mexicana. NOM -015-SSA2-1994 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.....	117-127
Anexo 12.	Norma Oficial Mexicana. NOM – 008-SSA3-2010 Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad.....	128-132

I.- Introducción.

A nivel mundial el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal, pues ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, cada año mueren, 2.6 millones de personas, y son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. El 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas, entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. ¹

Una de cada 2 personas hoy en día tiene sobrepeso o es obesa en casi la mitad de los países de la OCDE. En algunos países 2 de cada 3 personas serán obesas en los próximos 10 años. Los índices más altos se encuentran en Estados Unidos y en México mientras que los más bajos se encuentran en Japón y Corea. A lo largo de sus vidas, los gastos de atención médica para personas obesas son por lo menos 25% mayores que para gente de peso normal. Una persona severamente obesa es propensa a morir 8-10 años más pronto que una persona de peso normal. Las mujeres de baja educación tienen 2 a 3 veces más probabilidades de tener sobrepeso que aquellas con altos niveles de educación. Los niños que tienen al menos un padre obeso tienen 3 a 4 veces más probabilidades de ser obesos. ²

América Latina tiene cada vez más personas obesas, y las proyecciones, de los 60 millones que había en 2005 se incrementara a 191 millones para el 2030. “La mitad de los obesos del mundo se encuentran en nueve países China, Estados Unidos, Alemania, India, Rusia, Brasil, México, Indonesia y Turquía. ³

La obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 afectaba a cerca de 70% de la población entre los 30 y 60 años y alrededor de 30% de la población mayor de 20 año tenía obesidad. ⁴ Actualmente 7 de cada 10 adultos mexicanos (más de 49 millones) presentan peso excesivo. De acuerdo con los puntos de corte de índice de masa corporal (IMC) (kg/m²) propuestos por la OMS. ⁵

-
1. Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.) Obesidad y Sobrepeso [En línea] Publicado: Mayo 2012. [Citado: 27 Feb. 2013] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
 2. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Obesidad y Economías de la prevención. [En línea] [Citado: 22 enero de 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios>
 3. Banco Mundial. Obesidad en América Latina [En línea]. [Citado: 26 Enero 2013]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>.
 4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (ENSANUT-2006) [En línea] publicado: Dic. 2007 [Citado: 26 Enero 2013] Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf
 5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2012) [En línea] Publicado: Dic.2012. [Citado: 26 Enero 2013] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/index.php>

La prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en México en adultos fue de 71.28% (que representa a 48.6 millones de personas) la prevalencia de obesidad (I.M.C>30kg/m²) en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%).⁶ La cronicidad de la Obesidad y sus comorbilidades no solo afecta al paciente sino también a la familia y a todos cuantos lo rodea. la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante agentes estresantes que genera la vida cotidiana, el apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus secuelas.

La salud familiar es un proceso único e irrepetible, que se expresa en la satisfacción y en el bienestar de todos los miembros de la familia, que potencia la autodeterminación, la responsabilidad de sí mismo y para con la familia.⁷

Es por ello que la especialidad de enfermería en salud pública, como disciplina que se interesa por el bienestar integral de las personas, centra su accionar en la familia, porque la considera como una unidad biopsicosocio cultural y espiritual, en la cual se realiza un trabajo continuado, considerando su entorno donde puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad; a través, de la promoción de salud, la educación, el fomento del autocuidado, e intervenciones específicas según las necesidades individuales, y colectivas.⁸ durante el proceso de estudio de la familia se requiere que la enfermera sienta interés, comprensión, respeto por los valores individuales y familiares, sepa comunicarse y facilitar la comunicación, así como ser un profesional flexible con una actitud abierta y adaptable a las diferentes condiciones sociales.⁹

El presente trabajo fue elegido simultáneamente cuando se realizaba el diagnóstico de salud en la delegación Xochimilco. Y como opción de titulación del plan único de la especialidad de enfermería para obtener el grado de Enfermera Especialista en Salud Pública. Se contacto a la familia R.M. Que presentaba en ese momento factores de riesgo (Mala dinámica familiar y un déficit de comunicación relacionada al padecimiento de Diabetes y Obesidad Mórbida de la Señora Valentina) mismos que podrían repercutir en su salud, bienestar y calidad de vida; por consiguiente se pretende observar la relación del paciente con su familia, las cogniciones de la familia y del paciente acerca de la diabetes, nutrición adecuada y, finalmente, los problemas que enfrenta el paciente y los familiares por la enfermedad; siendo ideal para un estudio de caso ya que cumplen los criterios de selección y una experiencia de consultoría preventiva para la salud.

6. Ídem.

7. Sánchez M. A. Et al. Actuación de Enfermería Comunitaria vol.3. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2000.pag.100-104.

8. Briones R. Rosendo. Salud Pública y Medicina Preventiva. Ed. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2010.

9. Caja López Carmen. Enfermería Comunitaria. 2da. Ed. Masson, 2003; pág., 14, 15.

Uno de los ejes metodológicos que se utilizó en este estudio de caso fue el proceso de atención de enfermería en sus cinco etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de las intervenciones realizadas de acuerdo a las problemáticas encontradas.

Un segundo eje teórico fue la aplicación de la teoría general del déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem en base a la promoción y educación del autocuidado entendido como 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. Los requisitos de autocuidado universal son generalizaciones sobre los objetivos que los individuos deberían tener cuando se ocupan de su autocuidado; Se identifican tres tipos de autocuidado: universales, de desarrollo, y de desviación de la salud.¹⁰

El tercer eje se basó en la Teoría de Desarrollo Familiar de Duvall como marco de referencia del desarrollo familiar.

El cuarto eje se basó en el Programa Integrado de Salud, que implementó el Instituto Mexicano del Seguro Social como una estrategia denominada PREVENIMSS para poder operar las acciones preventivas, en donde la enfermera tiene participación al 100%; por lo tanto se brinda la prestación de servicios que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades, la salud reproductiva, y atención médica, ordenándolas en cinco grupos de edad. Así mismo las intervenciones proporcionadas a la familia tuvieron como eje la atención preventiva integrada, Servicio que otorga la enfermera en un mismo lugar en un mismo momento y que consiste en dar a cada integrante de la familia un conjunto de acciones de promoción, nutrición, prevención, detección y salud reproductiva, incluidas en la cartilla nacional de salud que le corresponden de acuerdo a su grupo de edad y sexo.^{11 12}

10. L. Wesley Rubí. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da Ed. McGraw-Hill Interamericana; 2002.

11. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Atención Preventiva Integrada. Guía de Actividades de Enfermería. 2002; Pág.5.

12. Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS). Programas Integrados de Salud [en línea] [Consultado: 23 Feb. 2013] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/Pages/index.aspx>

II. Objetivos del Caso.

2.1.- Objetivo General

Elaborar un estudio de caso con la finalidad de cubrir las necesidades de salud, y disminuir los factores de riesgo en la Familia R.M. para favorecer su Integración. Basado en Intervenciones de Enfermería especializada; aplicando la teoría de déficit de auto cuidado y el proceso de atención de Enfermería.

2.2.- Objetivos Específicos.

Promover una Alimentación y Estilos de Vida Saludables en la Familia R.M.

Promover y fortalecer conocimientos, aptitudes, actitudes, y comportamientos tanto individual como en lo familiar; para su autocuidado, mediante el uso de mecanismos de educación y atención.

Identificar fortalezas que ayuden a proporcionar Intervenciones de Enfermería para recuperar la Salud Familiar.

Identificar el Déficit de Autocuidado de la Sra. Valentina con el propósito de promover actitudes positivas que ayude al proceso de salud-enfermedad en el que se encuentra.

Educar a la familia R. M. de acuerdo a los requisitos Alterados.

Apoyar a la familia para afrontar los factores estresantes.

Sensibilizar a la familia para que mantenga una comunicación abierta, explícita afectiva y capacidad de adaptación al cambio.

III.- Fundamentación.

3.1.- M. Ruano gil, v. Silvestre teruel, e. Aguirregoicoa garcia.

En su artículo titulado, “Nutrición, Síndrome Metabólico y Obesidad Mórbida” analizan las alteraciones que la Obesidad Mórbida produce sobre los niveles plasmáticos de nutrientes (macro y micro). La obesidad mórbida (OM) en la actualidad es un verdadero problema de salud pública de los países desarrollados y la segunda causa de mortalidad en el mundo detrás del tabaquismo.¹³

3.2.- Mariano González Martín.

En la publicación, “Respuesta metabólica al ejercicio”. Presenta los efectos a nivel fisiológico que tiene el ejercicio físico en el organismo humano, Se clasifica en:

- A) Efectos que produce el calentamiento.
- B) Efectos del entrenamiento (en general) a nivel: circulatorio, endocrino, muscular
- C) Efectos del entrenamiento aeróbico y efectos del entrenamiento anaeróbico.
- D) Efectos del entrenamiento específico: en resistencia, fuerza, velocidad.¹⁴

3.3.- Lic. Patricia María Herrera Santi. En la evidencia científica a través del artículo titulado; “La familia Funcional y Disfuncional. Se hace un análisis de los principales indicadores del funcionamiento familiar y la importancia de éste para un estado adecuado de salud en la familia y sus miembros, y se hace énfasis en la necesidad de un enfoque sistémico a la hora de estudiar los problemas de la familia y su interacción recíproca. Uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar es que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Por ejemplo: la enfermedad de uno de sus miembros altera la vida del resto de los familiares quienes tienen que modificar su estilo de vida para cuidar al familiar enfermo. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.¹⁵

13. Ruano Gil M., Silvestre Teruel V., Aguirregoicoa García E., Criado Gómez L., Duque López Y., García-Blanch G. Nutrición, síndrome metabólico y obesidad mórbida. [Revista en la Internet]. 2011 Ago. [citado 22 Enero de 2013]; 26(4): 759-764. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.

14. Mariano G. Martín; “Respuesta metabólica al ejercicio”. Revista Buenos Aires [en línea] Noviembre de 2000 [citado: 22 de Enero de 2013] Año 5. N° 27. Disponible en: <http://www.efdeportes.com>.

15. Herrera Santi Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev. Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 1997 Dic. [citado 22 Enero 2013]; 13(6): 591-595. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

3.4.- Isabel Louro Bernal.

En este artículo titulado “La Familia en la Determinación de la Salud” se describe el rol que cumple el grupo familiar en la determinación de la salud a la luz del enfoque social, en la familia se satisfacen las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento, conservación de la salud y el bienestar.

Bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables, se producen los mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte. Se pone en evidencia la relación familia - salud en resultados de investigaciones cubanas.¹⁶

3.5.- Grupo académico para el estudio, la prevención y el tratamiento de la obesidad y el síndrome metabólico de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud.

Hospitales Federales de Referencia y Hospitales de Alta Especialidad.

En este Estudio titulado, “La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública.” La obesidad es considerada como el problema de salud pública principal al cual se enfrenta México, dada su gran prevalencia, sus consecuencias y su asociación con las principales causas de mortalidad.

La salud pública juega un papel fundamental tanto en la identificación de factores determinantes y sus posibles soluciones como en la implementación de medidas poblacionales para su control y la evaluación de su eficacia.

El alto costo socioeconómico de la obesidad y del síndrome metabólico, es la limitante más importante para lograr atención integral a nivel nacional. En otras palabras, si se previene la obesidad, se abatirán los costos de atención de pacientes con enfermedad cardiovascular o con diabetes que hoy día representan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en adultos.¹⁷

16. Louro Bernal Isabel. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. Marzo 2003 [citado: 22Enero2013]; 29(1):48-51. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

17. García García Eduardo, De la Llata-Romero Manuel, Kaufer-Horwitz Martha, Tusié-Luna María Teresa, Calzada-León Raúl, Vázquez-Velázquez Verónica et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. Salud pública Méx. [Internet]. Dic. 2008 [citado 22 Enero 2013]; 50(6): 530-547. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>.

IV.- Marco Conceptual.

4.1.- Antecedentes.

4.2.- Conceptualización de la Enfermería.

Es la ciencia y la arte dedicado al mantenimiento y promoción del bienestar humano. La enfermería a desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad con una serie de conocimientos, principios fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover la salud, prevenir las enfermedades, fomentar y educar para el cuidado de la salud, así como, a desarrollar proyectos de investigación respecto al cuidado de las personas, por lo tanto, Enfermería es la ciencia del cuidado basado en: el diagnostico de las respuestas humanas, el estado de salud y enfermedad y en la aplicación de intervenciones considerando el contexto cultural en el que se desarrolla.¹⁸

Cuidar. Es una actividad indispensable para la supervivencia, y constituye una función primordial para promover el desarrollo de todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos. las acciones del cuidado se refieren a aquellas actividades que ejecuta el personal de enfermería, con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas sociales y espirituales de las personas, familia o comunidad que en continua interacción con su entorno, viven experiencias de salud o enfermedad.¹⁹

4.3.- Paradigmas.

Las grandes corrientes de pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas “paradigmas”.

Paradigmas de la Categorización, de la Integración y de la Transformación, existen cuatro orientaciones generales de la disciplina enfermera en el seno de estas corrientes de pensamiento. Se trata de orientaciones hacia la salud pública, la enfermedad, la persona y la apertura sobre el mundo.

4.3.1.- Paradigmas de la categorización.

Según este paradigma, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables. Aplicado en el campo de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. El paradigma de la categorización ha inspirado dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.²⁰

18. Marriner A; Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 3. ed. Madrid: Elsevier Science; 2002.

19. Ídem.

20. Kérouac, S. El pensamiento Enfermero, ed. Masson, España. 2001 p. 25.

4.3.2.- Orientación Hacia la Salud Pública.

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna accidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y descontrolar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. La orientación hacia la salud pública está caracterizada por la necesidad de aplicar los principios de higiene pública, la utilización de conocimientos estadísticos comparativos así como por una enseñanza formal y rigurosa, eje de una formación práctica en los medios clínicos y comunitarios.

4.3.3.- Orientación Hacia la Enfermedad.

Se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, la asepsia y de las técnicas quirúrgicas; según esta orientación, el cuidado, está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona. Persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente. La salud es un equilibrio es percibida como positiva mientras que la enfermedad es percibida como negativa. Entorno es físico social y cultural, en general es hostil al ser humano dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado.

4.3.4.- Paradigma de la Integración.

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

4.3.5.- Orientación Hacia la Persona.

Esta marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Se caracteriza por el reconocimiento de una disciplina enfermera distinta de la disciplina médica. Como los conocimientos evolucionan y las necesidades de salud se vuelven más complejas, la necesidad de una formación básica más progresista se impone. Objeto de cuidado de enfermería, el cliente y su entorno.

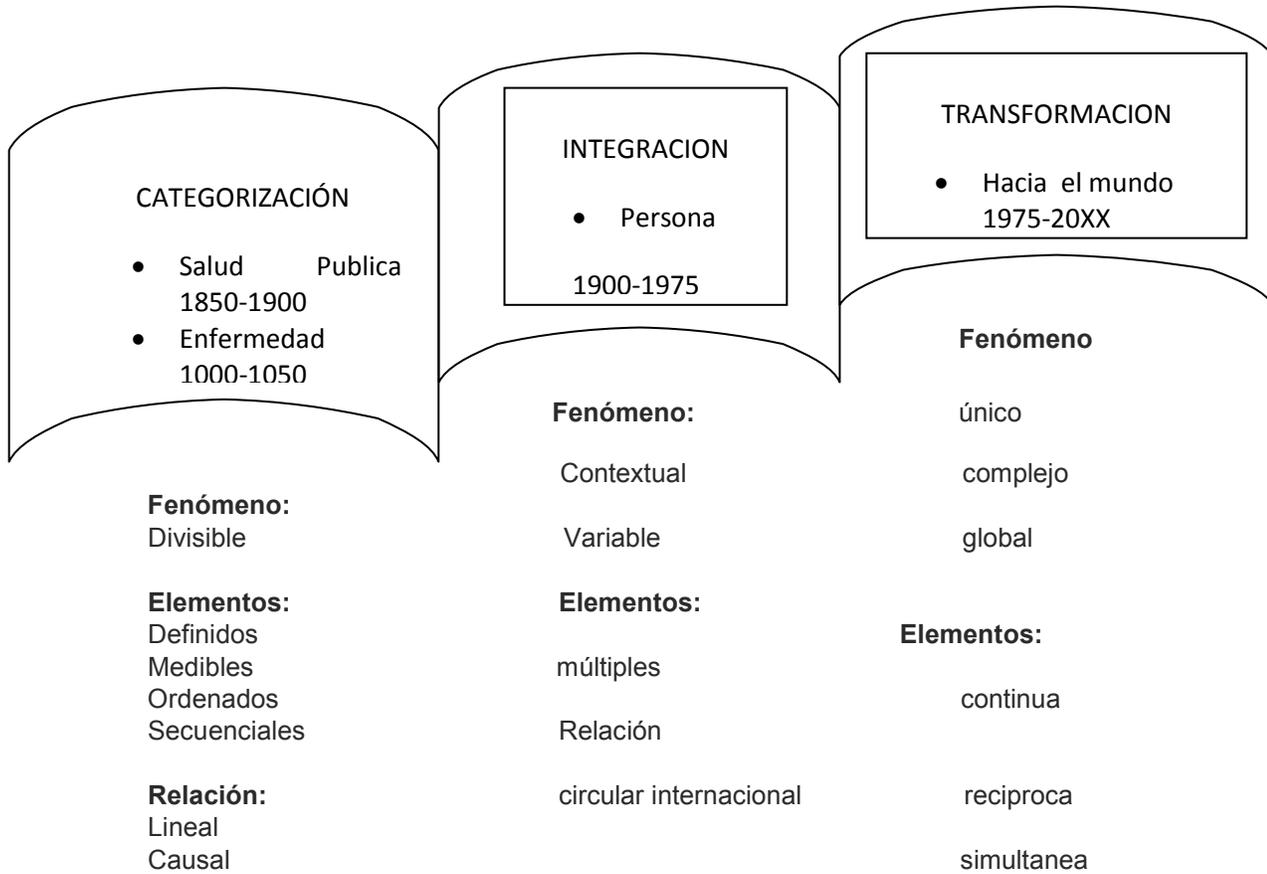
4.3.6.- Paradigma de Transformación.

Un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, el mundo que lo rodea. Este paradigma es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.²¹

21. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Antología. Sociedad salud y Enfermería, UNAM; 2006.

4.3.7. Apertura Hacia el Mundo.

Modifica el sistema de prestación de los cuidados enfermeros. A principios de la década de los 70, los cuidados globales y los integrales dan a la enfermera la responsabilidad total del conjunto de los cuidados enfermeros requeridos por el cliente. Cuidar de una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias, y de sus convicciones.²²



22. Marriner, << op.cit >> pág. 204.

4.4. - Dorothea Elizabeth Orem.

Es una de las autoras teóricas de enfermería más destacadas de Norteamérica; nació en Baltimore, Maryland.

Inició su carrera profesional en la escuela de enfermería del Providence hospital, de Washington, D.C; donde obtuvo el diploma de enfermería en el año de 1930.

En 1939 obtuvo su bs en enfermería, y en 1945, su MS en docencia en enfermería por Catholic University of América, en Washington, D.C.

Orem ha trabajado como enfermera hospitalaria, enfermera privada, docente, coordinadora y asesora.

En 1958, mientras trabajaba como asesora en la Office of education, departamento of Health, Education, and, Welfare, en la memoria de la formación de enfermeras, orem comenzó su trabajo sobre su teoría de autocuidado.

Orem publicó por primera vez su concepto sobre la enfermería para proporcionar el autocuidado de un individuo en 1959 en su " Guides for Ddeveloping Curricula for education of practical Nurses", en una publicación del estado.

En 1971 desarrollo además sus ideas centrándose en el individuo en su Nursing: Concepts of practice las familias, los grupos y las comunidades; la 4ta edición de su libro fue publicada en 1990. ²³

4.4.1.- Orígenes del Modelo.

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de enfermería empezó a finales de la década de los años 50 y se centro en 3 cuestiones:

1. ¿Qué hacen y que deberían hacer las Enfermeras como profesionales de enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

Su deseo por abordar estos problemas surgió de la experiencia práctica, como enfermera asistencial en unidades de medicina, cirugía y pediatría, y como supervisora de urgencias y quirófanos. Durante un tiempo se dedico a la enseñanza de ciencias biológicas y de enfermería, así como a la dirección de la escuela de enfermería de un hospital. Orem dedico mucha energía a comprender el significado de la enfermería. Orem no preconiza, en modo alguno, que su modelo sea la respuesta completa a sus preguntas o una panacea para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería propósito de este modelo es mejorar los cuidados de enfermería. ²⁴

23. L. Wesley Rubí. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da Ed. McGraw-Hill interamericana; 2002.

24. Modelo de orem. Aplicación práctica. Ed. Masson-salvat, Barcelona España; 1993. p.4.

4.5.- Teoría General de Déficit de Autocuidado.

Esta teoría se presentó por primera vez en la década de los 50, se publicó en 1972 con el objetivo de establecer la estructura del conocimiento enfermero y determinar el dominio del conocimiento enfermero; es descriptiva, explicativa de la relación entre las capacidades de acción de los individuos y de sus demandas de autocuidado. 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.

ha alcanzado un notable nivel de aceptación dentro de la comunidad de enfermería por su aplicación en diversas poblaciones y grupos de edad; la idea central de esta teoría 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 los 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.

Como teoría general sirve a las enfermeras ocupadas en la práctica de la enfermería, en el desarrollo y validación del conocimiento de la enfermera y en la enseñanza y aprendizaje de la enfermería.

La Teoría General de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Auto cuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

El déficit de autocuidado puede asociarse con la presencia de trastornos humanos funcionales o estructurales. La teoría de enfermería de 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 depende 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). Supuestos principales. ²⁵

25. Ostigüin Meléndez Rosa Ma.; Velázquez Hdez. S. Teoría General del Déficit de Autocuidado . Manual Moderno; 2001. pág. 27-43.

Este modelo reconoce al ser humano de manera integral, por lo que se identifican 5 premisas básicas que describen una teoría general de la enfermería entorno a la naturaleza de los seres humanos.

1. Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo con la naturaleza.
2. La actividad del hombre la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se prestan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.
3. Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.
4. La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de formas o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo.

Limitaciones del auto cuidado: se la cuando el ser humano puede presentar limitaciones para el cuidado.

- La persona puede carecer de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizá no tenga deseos de adquirirlos.
- Puede tener dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuál 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.
- La persona como agente de auto cuidado:
- 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 de uno mismo, como agente de autocuidado y sobre las condiciones y factores internos significativos para el autocuidado.²⁶

26. Ibidem, pp. 28, 29.

4.5.1 Principales Conceptos y Definiciones.

Auto cuidado: es la práctica de actividades que las personas jóvenes y maduras emprenden con arreglo a su situación temporal y por su propia cuenta con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar.

Requisitos de autocuidado: estos requisitos se derivan de una reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que, según se sabe o se cree, son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el permanente o en condiciones y circunstancias específicas. Por cada requisito de autocuidado se fija: 1) el factor que debe controlar u orientar para mantener el funcionamiento y desarrollo humano con arreglo a las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personal y 2) la naturaleza de la acción necesaria.

Requisitos de autocuidado universales. Los objetivos necesarios a escala universal que se deben satisfacer a través del autocuidado o del cuidado dependiente tienen su origen en lo que se conoce de forma contrastada o lo que está en vías de comprobación acerca de la estructura humana y la integridad funcional en las diferentes etapas del ciclo vital

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los Requisitos de Autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

Entorno: es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados. El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto meta-paradigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de Autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de Autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. ²⁷

27. *Ibidem*, pp. 32. SS.

4.5.2 Teoría Del Autocuidado

En la que explica el concepto de Autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El Autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo.

Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de Autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el Autocuidado:

Requisitos de Autocuidado Universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Son el principal componente, indican una actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo.

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

Requisitos de Autocuidado del Desarrollo.

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 de desarrollo, debe prestarse una especial consideración a aspectos de cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos especialmente a la promoción del desarrollo, deben considerarse los requisitos universales y demandas específicas de salud de acuerdo a l nivel de desarrollo de cada individuo. ²⁸

28. Ibidem, Pág., 34.

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 la edad adulta.

Requisitos de Autocuidado de 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 consiente resultados de las condiciones y estados patológicos
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente escritas.
4. Ser consciente de los efectos molestos y negativos de las medidas terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas por el médico.
5. Modificación del autoconcepto 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 promueve desarrollo personal continuo.²⁹

4.5.3 Teoría Del Déficit De Autocuidado

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el Autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

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

Los seres humanos tienen en capacidad de adaptarse a los cambios que producen en sí mismo 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 autocuidado.³⁰

29. *Ibidem*, pp.35. SS

30. Modelo de Orem conceptos de enfermería en la práctica 2ta ed. Científicas y Técnicas, s.a. Barcelona España: Masson- Salvat; 1993.

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 autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado.
2. Agente. Se refiere a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.
3. Demanda de autocuidado terapéutico: 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.

4.5.4.- Teoría De Los Sistemas.

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 estas 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 mismo, proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado de los enfermos. ³¹

31. *Ibidem*, pág., 175.

Estos sistemas cuentan con intervenciones como las que se presentan a continuación:

Apoyo educativo	Parcialmente compensatorio	Totalmente compensatorio
<p>a. Realizar el cuidado terapéutico del paciente.</p> <p>b. Compensa la incapacidad del paciente para realizar su Autocuidado</p> <p>c. Apoya y protege al paciente</p> <p>Dejar hacer al otro</p>	<p>a. Realizar algunas de las medidas de Autocuidado por el paciente</p> <p>b. Compensa las limitaciones del paciente para realizar su Autocuidado</p> <p>c. Ayuda al paciente en lo que necesite</p> <p>Hacer con el otro</p>	<p>a. Realizar el Autocuidado</p> <p>b. Regular el ejercicio y desarrollo de la acción de Autocuidado</p> <p>Hacer por el otro</p>

El modelo de Autocuidado de Elizabeth Orem permite desarrollar el cuidado centrado en la familia de tres formas:

1. Ayuda a la familia a desarrollarse a sí misma como una unidad.
2. Promueve el desarrollo de las capacidades del agente y del agente de cuidado al dependiente.
3. Favorece la observación y el análisis de las interrelaciones de las demandas terapéuticas entre los miembros de la familia, y los asiste en el planeamiento y satisfacción de estas demandas, utilizando sus propios recursos.³²

32. Ídem.

4.6.- Teoría de Desarrollo Familiar (DUVALL).

Evelyn Millis Duvall (1909-1998) fue un escritor estadounidense y profesor conocido por su trabajo sobre el matrimonio, la paternidad y la vida familiar. Nacido en Oswego, Nueva York se graduó de la Universidad de Syracuse (1927) y estudió en Vanderbilt, y obtuvo su doctorado en la Universidad de Chicago. Ella trabajó con la Asociación de Estudios del Niño de Chicago y Padres de Educación (1934-1940), dirigió la Asociación para la Vida Familiar (1940-1945).

Se desempeñó como secretario ejecutivo del Consejo Nacional de Relaciones Familiares (1945-1951). Impartió cursos en el Departamento de Sociología de la Universidad de Chicago, viajó a Nueva Zelanda para estudiar las tasas de divorcio, habló en numerosas conferencias, que se inició y se desempeñó como director del programa del Instituto de Sarasota.

Hall (1990) define a la familia como un sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven 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 grupo y en familia. Se puede mencionar un sin número de conceptos y clasificaciones de diversos autores pero el marco referencial de desarrollo familiar de Duvall proporciona una guía para analizar y examinar los cambios básicos y las tareas de desarrollo comunes en la mayoría de las familias durante su ciclo de vida.

Familia como sistema: La teoría de los sistemas la desarrolla Von Bertalanffy, para él todos los organismos son sistemas compuestos a su vez por subsistemas; cuando varios sistemas se unen pueden formar macrosistemas. Para este autor, un sistema es un conjunto de elementos que interactúan entre sí, donde se presupone la existencia de interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio. Los sistemas pueden ser abiertos o cerrados dependiendo de si existe o no intercambio de información con el medio.

Sistema abierto, la familia permite el desarrollo y bienestar de sus miembros, por el constante intercambio que se produce entre este sistema y el sistema social, permitiendo que cada individuo adquiera nuevas pautas de conducta y funciones que se corresponden con su etapa evolutiva. De esta forma se consigue que sus miembros tengan interdependencia y crezcan.

Sistema cerrado.

La familia se vuelve disfuncional, ya que no se favorece el contacto con el exterior, y el sistema se empobrece, así como sus miembros en esta vertiente predominan una serie de normas rígidas y estáticas, clasificadas como costumbres y mitos familiares.³³

33. F. del Rey Cristina; L. Mazarrasa. A. Et al. La familia y la Clase social. Enfermería comunitaria, Vol 1. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana; 2000; pág. 310.

Familia: es una unidad biopsicosocial que mantienen un determinado comportamiento frente a la salud y su pérdida. Entre sus funciones destacan las de cuidarse y enseñar a cuidar a sus miembros con el objeto de promover la salud, el bienestar y el desarrollo de estos, manteniendo la dinámica familiar, adaptándose a las situaciones de crisis.³⁴

Grupo de personas del hogar que tienen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al jefe de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos.³⁵

A los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.³⁶

4.6.1.- Componentes de la Familia:

Desde un punto de vista amplio podemos decir que la familia está constituida por los siguientes componentes:

Miembros Individuales: Las familias están constituidas por personas con necesidades de salud específicas para cada una de ellas.

Vivienda y Entorno físico: Las familias desarrollan sus actividades cotidianas en el contexto de una vivienda y entorno que pueden funcionar como elementos protectores de la salud familiar, o por el contrario pueden representarles riesgos.

Grupo Familiar: La dinámica que se desarrolla al interior de la familia, y se traduce por las relaciones entre los miembros, es el gran determinante de los desempeños positivos o negativos de los miembros individuales y de la familia como un todo.

La estructura familiar es un sistema formado por subsistemas en constante interacción y separados por límites invisibles.

Subsistema individual: formado por cada uno de los miembros de la familia. Cada componente del sistema familiar establece relaciones con cada uno de los miembros y con la familia como totalidad.

Subsistema conyugal: se constituye cuando dos adultos se unen para formar una familia. Cada uno de estos individuos proviene de familias distintas aportando, a la pareja que forman, las reglas, normas y valores aprendidos en su familia de origen.³⁷

34. Organización de Naciones Unidas (ONU). [En línea] [citado: 23 Feb. 2013] Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/fami>

35. Organización Mundial de la Salud (OMS). [En línea] [citado: 23 Feb. 2013] Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>

36. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22va. ED. Editorial Espasa Calpe; 2001

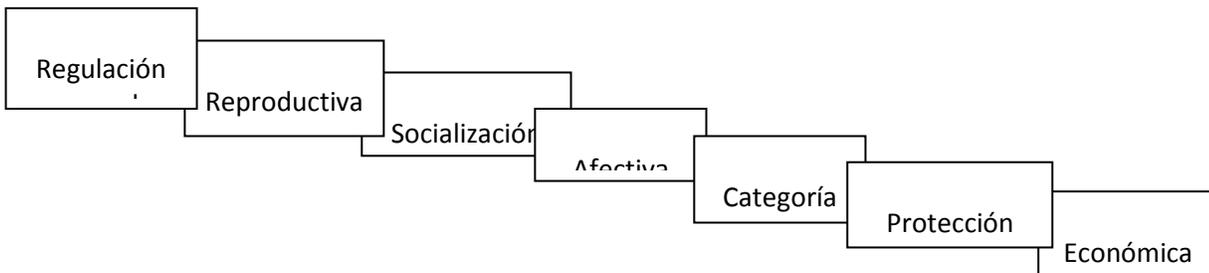
37. Sánchez Moreno A y Cols. Enfermería Comunitaria, 1.concepto de salud y factores que la condicionan. España. Mc-Graw-Hill Interamericana. 2000. pág., 303, 304.

Sin embargo cada miembro de la pareja, al entrar a formar parte del nuevo sistema debe integrarse en un proceso de negociación y acomodación mutua, que permita a ambos crear un marco normativo propio aceptado por ambos.

Subsistema paternal: se constituye cuando llega el primer hijo y su función primordial se relaciona con la alimentación, cuidados, crianza, socialización, etc. Debe ser un subsistema flexible a los cambios que cada miembro demande y las funciones deben ir evolucionando a la par que lo hace el desarrollo evolutivo de sus miembros. Dependiendo de la claridad y la estabilidad de la pareja se obtienen una mayor o menor consecución de los fines de este subsistema.

Subsistema Fraternal: formado por los hermanos. Permite que estos se apoyen mutuamente y aprenda pauta de comportamientos. En este subsistema se requiere el sentido de pertenencia al grupo, se aprende a compartir, a cooperar, a ofrecer y recibir ayuda, a competir etc.

4.6.2.- Funciones de la Familia.



Funciones básica de la Familia.

Socialización: Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias. Transformar a los individuos dependientes y ligados a la madre en seres independientes, con actitudes, pensamientos y habilidades propias, capaz de aportar algo nuevo y valioso a la sociedad en la que se desenvuelve, estimulando aprendizaje, iniciativa y realización creativa. Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres. También puede entenderse como transformar en un tiempo determinado, a una persona dependiente de sus padres en un individuo autónomo, con "independencia" para desarrollarse en la sociedad.

Afecto: Entendido como amor, cariño, entrega, comunión espiritual entre los miembros de la familia y su expresión grupal e individual. Definido como el objeto fundamental de "transacción dentro de la familia".³⁸

38. Ídem

Reproducción: Proveer nuevos miembros a la sociedad, previa decisión consciente y responsable de perpetuación de los hijos.

Cuidado: Proveer a los miembros de la familia de alimento, vestido, seguridad física y apoyo emocional, atención a la salud y demás satisfactores para un adecuado desarrollo físico y mental, incluyendo las actividades recreativas culturales y educacionales que toda persona requiere. La protección biopsicosocial incluye la satisfacción sexual de la pareja.

Estatus: Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.

Disfunciones Familiares. Cuidado: esquema de inmunizaciones incompleto, deficientes hábitos alimentarios, detecciones incompletas o no efectuadas, mala higiene personal, violencia intrafamiliar.

Afecto: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos, dependencia emocional de la pareja a sus familias de origen.

Socialización: ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo o inestabilidad laboral, delincuencia, problemas legales, conflictos con las familias de origen, prostitución, huida del hogar, retraso escolar.

Reproducción: pareja en edad reproductiva sin MPF, embarazo no deseado o no planeado, abortos espontáneos o provocados, disfunción sexual, infertilidad, embarazo en adolescentes, excesivo número de hijos.

Estatus: inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral, cambios repentinos en el nivel socioeconómico, diferentes expectativas entre los padres e hijos, cambios frecuentes de domicilio o ciudad.

Económica: en el desempeño de esta función es probablemente donde la familia ha puesto de manifiesto en mayores grados su capacidad de adaptación a la sociedad. Ha pasado, a ser una unidad básica de consumo, al someterse al desarrollo del capitalismo del mercado incluso en el medio rural, para lo cual ha debido adaptarse a cambios profundos que han afectado a su dinámica (movilidad, turnos de trabajo) e incluso a su estructura (familia nuclear).³⁹

39. Ídem.

4.6.3.- Tipología Familiar.

Respecto a la tipología de la familia, hay diversos criterios para clasificarla; entre ellos se pueden citar los siguientes: Desde el punto de vista de su integración, la familia puede clasificarse como integrada, semi integrada o desintegrada.

Desde el punto de vista de sus hábitos y costumbres y patrones de comportamiento, puede clasificarse como tradicional o moderna, o bien tipificarse como rural y urbana.

Si analizamos a la familia con un enfoque psicosocial y basándonos en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, puede clasificarse en funcional y disfuncional. Finalmente, la familia puede denominarse nuclear o extensa en función de los elementos que la constituyen.

Características Tipológicas de la Familia:

Composición: nuclear, extensa, compuesta.

Desarrollo: tradicional o moderna.

Demografía: urbana, suburbana, rural.

Ocupación: campesino, empleado, profesionista.

Integración: integrada, semi integrada, desintegrada.

Jerarquía: nivel de autoridad que gobierna en la familia; autoritaria, indiferente, negligente, indulgente, permisiva, recíproca con autoridad.

Límites: reglas que delimitan a las jerarquías; claros, difusos o rígidos.

Comunicación: directa, enmascarada o desplazada.

Cada familia tiene características únicas que pueden salirse de este marco y formar otra estructura familiar.

Sussman (citado por Velasco 2001) clasifica a la familia como:

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 tienen hijos o 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.

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.

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.⁴⁰

40. Caja López Carmen. Enfermería Comunitaria. 2da. Ed. Masson, 2003; pág., 14, 15.

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 o incluso algunos de ellos ya se ha casado. Familias extensas. Compuesta 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, si no únicamente por lazos estrechos de amistad.

Familias reconstruidas. Donde uno o los 2 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.

La comunicación: es un elemento fundamental para mantener una adecuada dinámica familiar. Permite la transmisión de normas y reglas que facilitan el comportamiento de los miembros de la familia, pero también permiten expresar los sentimientos y emociones.

Comunicación afectiva: se expresan sentimientos, aceptación o rechazo.

Comunicación instrumental: está relacionada con las tareas habituales que se desarrollan en el seno familiar.

Comunicación directa: cuando va desde el emisor hasta el receptor.

Comunicación desplazada: cuando se realiza a través de terceras personas.

Es importante constatar el hecho de que en la actualidad cada vez se encuentran más interferencias a la comunicación entre los miembros de la familia (falta de tiempo, televisión, actividades fuera del hogar de padres e hijos, horarios diferentes etc.) valorar si la familia discute abiertamente sobre sus emociones y sentimientos, miedos e inquietudes y como la enfermedad influye en el clima afectivo de la familia y la comunicación entre ellos.⁴¹

4.6.4 Ciclo Vital Familiar.

La familia, como cualquier sistema vivo, presenta un proceso de desarrollo, que sigue una historia natural que la hace caminar por sucesivas etapas, durante las cuales sus miembros experimentan cambios, adoptan distintos comportamientos y desarrollan tareas específicas de desarrollo.

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 concentran en la formación de una relación íntima y un equilibrio de la 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.⁴²

41. Ídem.

42. Mazarraza Alvear. L; et al. Salud pública y Enfermería comunitaria. 2a. ed. McGraw-Hill. Interamericana; 2003.

La etapa II: (la 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 continua 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 hijo 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 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 los demás familiares.

La 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

La etapa VI: (familias con hijos mayores) inicia cuando el primer hijo abandona el hogar y termina cuando el ultimo se ha ido. Los padres deben de estar preparados para aceptar la partida de los hijos después del que los hijos se han ido los padres necesitan reorganizarse y establecer la unidad familiar. Los papeles y las responsabilidades de los esposos se desplazan durante ese 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 laborar mientras se conserva la salud física y emocional. ⁴³

43. Ídem.

Etapa VIII: (familias ancianas) inicia cuando uno de los esposos se jubila y continua hasta la muerte de ambos. Los deberes críticos se centran en encontrar suficiente en energía y motivación para buscar y participar en entrenamientos 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 conyugue es común cerrar el hogar y mudarse a una comunidad de retirados de esta manera se establece nuevos lazos con amistades en una comunidad nueva y encontrar otras actividades placenteras. ⁴⁴

Otros elementos a considerar a la hora de estudiar la dinámica familiar son:

La adaptabilidad: es la habilidad de la familia para responder a los agentes estresantes produciendo cambios en su estructura cuando estos son necesarios. Está condicionada por los roles y las reglas. Pudiendo cambiar la estructura de poder, los roles dentro de la familia, las reglas y las reglas entre los individuos. Se pueden establecer cuatro niveles diferentes:

Familias caóticas, con un nivel muy alto de cambios, que se caracterizan por: falta de liderazgo, falta de disciplina, presencia de frecuentes decisiones impulsivas, falta de roles claros, reglas erráticas que se modifican continuamente.

Familias rígidas: con un nivel de cambio muy bajo, caracterizadas por: autoritarismo en el líder familiar, padres controladores, ausencia de negociación, roles estrictamente definidos de modo tradicional (padre-madre, hombre-mujer) reglas fijas.

Familias flexibles: con un nivel de adaptabilidad alto o moderado. ⁴⁵

4.6.5.- Cohesión, Adaptabilidad y Comunicaciones Familiares.

Estas tres dimensiones de la conducta familiar son conceptos elaborados para describir la dinámica conyugal y familiar.

Cohesión Familiar. La cohesión familiar, tiene que ver con el grado de separación o conexión de un individuo con respecto a su sistema familiar; hay 4 niveles de cohesión:

1. Desvinculada (muy baja).
2. Separada (baja a moderada)
3. Conectada (moderada a alta)
4. Enmarañada (muy alta)

Adaptabilidad familiar: esta dimensión mide la posibilidad de una familia de adaptar su estructura, reglas y roles, para hacer frente a los desafíos planteados por sus propias necesidades cambiantes y las de sus miembros, considerados individualmente. ⁴⁶

44. ibidem.

45. J. Salvador.L.R.; Martha.L.Serrano. "Guía de valoración Enfermera de la Familia", 2008.

46. Jaes Falicov Celia, Transiciones de la Familia "continuidad y cambio en el ciclo de vida" amorrort editores buenos aires; 2000.

Comunicación familiar: es la tercera dimensión del Modelo circunplejo, y se le considera una dimensión facilitadora, es decir, esencial para el movimiento en las otras dos dimensiones.

Las habilidades para la comunicación positiva (empatía, escucha reflexiva, comentarios de apoyo) capacitan a las parejas y familias para compartir sus necesidades y preferencias cambiantes, en tanto se relacionen con la cohesión y la adaptabilidad.

Las habilidades negativas (como lo son las comunicaciones de doble vínculo, las de doble mensaje y las críticas) reducen al mínimo la capacidad de los conyugues o miembros de una familia de compartir sus sentimientos, y a si restringen su movimiento en las otras dimensiones.

La cohesión Familiar. Hace referencia al nivel de relación y al vinculo emocional y la autonomía existente entre la familia (independencia, limites internos y externos, limites generacionales, amigos , toma de decisiones, entre otros).

Existen cuatro tipos de familia en función del nivel de cohesión siendo la primera y la ultima los dos extremos y con niveles de cohesión disfuncionales.

Familias fusionadas: (muy alta cohesión), se caracterizan por: ausencia de autonomía personal, exigencia de lealtad total a la familia, relaciones centradas en la familia con pocos lazos en el exterior, gran reactividad mutua al estrés y tensión.

Familias conectadas y separadas: (cohesión entre moderada y alta las primeras y moderada a baja las segundas) se caracterizan por: por respetar la autonomía y la interdependencia entre sus miembros, que mantienen unos vínculos emocionales adecuados.

Familias desligadas. (muy baja cohesión) se caracterizan por: distancia emocional entre los miembros de la familia, falta de lealtad familiar, poca implicación y apoyo mutuo, abundancia de decisiones independientes, los miembros de la familia están volcados en relaciones exteriores.⁴⁷

47. Ídem

Análisis de la Dinámica Familiar.

FAMILIAS FUNCIONALES	FAMILIAS DISFUNCIONALES
Destaca por la capacidad para afrontar los cambios derivados de los agentes estresores que inciden sobre esta.	Son incapaces de satisfacer las necesidades de sus miembros Destacan por la resistencia al cambio.
Adecuado clima emocional dentro de la familia.	Incapacidad para resolver conflictos, tomar decisiones o resolver problemas.
Elaboración de fronteras generacionales que permiten a los padres satisfacer sus mutuas necesidades emocionales y afrontar sus conflictos (límites y fronteras adecuadas entre el subsistema conyugal y el subsistema parental).	Problemas de organización, provoca respuestas caóticas al cambio o agentes estresores, o porque tenga una organización muy rígida, que le impide adaptarse o dar respuesta al cambio o a los agentes estresores.
Existencia de una función de poder clara.	Implicación excesiva de la familia, perdiéndose la autonomía de los miembros.
Flexibilidad en el desempeño de los roles de modo que las modificaciones de estos produzcan escasa repercusión.	Distancia excesiva entre los miembros de la familia sin suficiente apoyo emocional y práctico.
Comunicación directa, consistente y con tendencia a reforzar la autoestima de cada uno de, los miembros de la familia.	Debilidad del vínculo o conflictos crónicos de la pareja que no posibilita el desarrollo de las funciones ejecutivas.
Capacidad de cambio a lo largo del ciclo vital familiar.	Presencia de alianzas entre distintas generaciones (triángulos entre los subsistemas)
Capacidad de cambio a lo largo del ciclo vital familiar.	Poca expresión de sentimientos y falta de respuesta apropiada para esto.
Formulación de estrategias para resolver problemas.	Distorsiones en la comunicación.

*

^{48.} * Tomado de: De la Revilla L. Concepto e instrumentos de la Atención Familiar. Ed. Doyma S.A. Barcelona. 1994.

Apgar Familiar.

Es un test que se utiliza para determinar si una familia es funcional o disfuncional. Indagamos acerca de la percepción de la función familiar, de la persona que usamos como referencia para la valoración de la familia, a través de un cuestionario de cinco preguntas con tres posibles respuestas: casi nunca, a veces, casi siempre.⁴⁸

APGAR FAMILIAR					
Preguntas		Casi nunca: 0	A veces: 1	Casi siempre: 2	Total
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?				
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?				
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?				
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?				
5	¿Siente que su familia le quiere?				

Resultados.

Cada respuesta se puntúa como:
Casi nunca. 0, A veces: 1, Casi siempre: 2.

Se valora en función de la puntuación total obtenida, considerándose individuos pertenecientes a familias:

Funcionales: Entre 7 y 10 puntos.

Disfuncionales leves: entre 3 y 6 puntos.

Disfuncionales graves: entre 0 y 2.

⁴⁹. De la Revilla L. Concepto e instrumentos de la Atención Familiar. Barcelona S.A. Ed. Doyma 1994.

4.6.6.- Mecanismos de Defensa Familiar:

Al igual que los individuos poseen una serie de mecanismos de defensa frente a las condiciones adversas que aparecen en el entorno y que pueden afectar a su equilibrio interno, la familia cuenta con una serie de elementos y de recursos que pretenden la misma función, es decir, mantener la homeostasis del sistema familiar.

En el caso de la familia estos están formados por los conocimientos, habilidades, actitudes, experiencias multigeneracionales, recursos, tanto materiales como humanos, o las estrategias de afrontamiento, que utiliza la unidad familiar para hacer frente a los agentes estresantes y mantener la dinámica familiar.

Conocimientos, saberes, habilidades, actitudes relacionadas con la salud y el cuidado.

Recursos familiares.

Podemos distinguir entre los recursos humanos y los materiales. Entre los primeros contamos con los ya anteriormente citados constituido por los miembros de la propia familia y los que aportan las redes de apoyo social.

Red social: conjunto de relaciones entre individuos o grupos, relaciones laborales, familiares, amistad, vecinales, políticas, financieras, etc. Se refiere a la familia extensa, amigos, recursos sociales con los que cuenta la familia: trabajo, escuela, profesionales de la salud. Incluye todo aquello que rodea a una familia, para hacer frente a los desafíos de la vida.

El apoyo social se estudiara en su doble vertiente cuantitativa, cantidad de apoyos recibidos, es decir, el número de amigos íntimos o familiares cercanos, y cualitativa, la percepción de la calidad del apoyo que se recibe y la sensación de tener apoyo cuando se precisa.

Dentro de la red social, cuando existen problemas de salud pueden percibirse la presencia de tres elementos básicos: la cohesión familiar, la accesibilidad a los servicios, y la espiritualidad.

Redes de Apoyo Social para la Familia.

Redes Naturales: Familia, compañeros trabajo, estudios, creencias o culto, amigos, vecinos, etc.

Redes Organizadas: Voluntariado institucional, grupos de apoyo y autoayuda y ayuda profesional.

Los Recursos familiares son el apoyo o la ayuda que la familia proporciona ante las necesidades de cualquier miembro de la unidad familiar, utilizando todos los medios disponibles para este fin.⁵⁰

50. J. Salvador. << Op. Cit>> pág. 11

Repercusiones del apoyo social en la salud.

- ✓ Las redes de apoyo de que dispone una persona influyen en su salud de forma determinante:
- ✓ Proporcionando satisfacción y mejorando la autoestima, lo que repercute muy positivamente en su salud.
- ✓ Promoviendo su acceso a la información sobre la salud.
- ✓ Promoviendo la motivación para desarrollar y conseguir comportamientos adaptativos.
- ✓ Encontrando apoyo y ayuda cuando se precisa.

El apoyo social influye, de manera muy especial, sobre enfermedades como la depresión, el malestar psicológico, la tuberculosis, la hipertensión, las enfermedades coronarias, la artritis, los accidentes, las complicaciones en el embarazo y los episodios de enfermedades de todo tipo. ⁵¹

Los grupos de ayuda mutua.

La O.M.S. en 1983, define estas organizaciones como: un grupo de personas que sienten que comparten un problema de salud y que se unen para mejorar su salud. Dentro del campo de la salud, los más significativos son los que ayudan a sus miembros a efectuar cambios personales que les permitan llevar una vida sana, y los que hacen posible que las personas se adapten a las necesidades que imponen las nuevas formas de vida. Para las enfermeras son grupos de ayuda mutua de interés todos aquellos que centran su atención en modificar o controlar determinados hábitos, conductas o actitudes, proporcionando a sus miembros un sistema de apoyo orientado a obtener los resultados deseados.

Estrategias de Afrontamiento.

El afrontamiento o tolerancia al estrés se refiere a la forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales. El estrés, viene dado por una serie de factores (estresantes) de diferentes tipos, los cuales van a afectar a la familia según su capacidad para afrontarlos. Ante situaciones de crisis la familia debe desarrollar estrategias de afrontamiento. Estas se consideran como esfuerzos que esta realiza para adaptarse a la nueva situación (enfermedad, pérdida, cambios en el ciclo vital, etc.) ⁵²

51. Ídem

A nivel familiar las estrategias de afrontamientos se pueden fomentar apoyando a la familia, asesorándola o implicándola en la resolución del problema. Igualmente resulta de interés movilizar los recursos familiares o estimular hacia la integridad o la normalización de la familia.

Toma de decisiones.

Cuando la familia se encuentra ante una situación estresante, ya sea una situación de enfermedad o un cambio en el ciclo vital, se ve obligada a tomar decisiones acerca de cómo va a afrontar dicha situación.

La toma de decisiones se refiere al proceso de elegir un curso de acción o encontrar una conducta adecuada para una situación en la que hay una serie de sucesos inciertos. Este proceso implica:

1. Cuando se va a resolver un problema es necesario analizarlo y determinar cuáles son los elementos relevantes que están influyendo para que este se produzca. Es importante determinar la causa o el origen del mismo.
2. Elaborar las acciones alternativas teniendo en cuenta el mecanismo de defensa de la familia.
3. Extrapolarlas para imaginar la situación final. Tratar de predecir los resultados de un plan que se ha elaborado es difícil y la incertidumbre juega de nuevo un papel fundamental, lo que puede provocar conflicto de decisiones.
4. Evaluar los resultados teniendo en cuenta las consecuencias que tendría cada una de las acciones alternativas que se han definido.
5. De acuerdo con las consecuencias adoptar la conducta más idónea a la situación que se pretende resolver.

Agentes Estresantes.

Entre los elementos que afectan la dinámica familiar están: los cambios en el ciclo vital familiar y los acontecimientos vitales estresantes, ambos aspectos actúan como fuerzas negativas que pueden llevar a la familia a la disfunción, es decir, al desajuste de la función familiar, lo que provocara una situación de crisis, en la que aparecen dificultades para resolver los problemas que a la familia se les planteen.⁵³

53. ibidem, 312

Cambios de Etapa en el Ciclo Vital Familiar.

En cada una de estas etapas pueden aparecer nuevas exigencias a la familia en termino de realizar nuevas funciones, desarrollar nuevas tareas de desarrollo, precisar distintos recurso adoptar diferentes roles. Para ello es necesario que la familia pueda adaptarse para mantener un equilibrio.

Acontecimientos vitales estresantes.

Constituye un conjunto de factores o situaciones que intervienen como agentes estresantes sobre la familia pudiendo alterar la dinámica familiar y en consecuencia el desarrollo de sus funciones. Los podemos agrupar para su estudio en:

1. Factores familiares. Desavenencias, abandonos,, divorcios, muerte de algún miembro.
2. Enfermedades o accidentes de familiares o amigos.
3. Factores económicos: cambios en el status financiero, problemas económicos importantes
4. Factores laborales-escolares: paro, problemas de adaptación escolar, cambios en el puesto de trabajo, jubilación.
5. Factores legales: detención, pleito, juicio, encarcelamiento.
6. Situaciones ambientales: emigraciones, cambios de residencia, desastres por catástrofes.

Valoración de los acontecimientos vitales estresantes.

Utilizamos la escala de ajuste social: hace referencia a los acontecimientos vitales que han sucedido a la familia en el último año. El reajuste social se refiere a la “cantidad y duración del cambio en el patrón de vida usual del individuo”.

Se considera que a partir de 150 puntos es posible que estos acontecimientos puedan generar una disfunción familiar, dependiendo de los mecanismos de defensa con los que cuenta la familia. En cualquier caso se deben de poner en marcha estos mecanismos de defensa para mantener la homeostasis del sistema.⁵⁴

54. Sánchez M. A. Et al. Actuación de Enfermería Comunitaria Vol. 3. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2000.pag.100-104.

Escala de Situaciones Vitales Generadoras de Estrés.
(Escala de Holmes-Rahe Modificada)

ACONTECIMIENTO VITAL	PESO	ACONTECIMIENTO VITAL	PESO
• Fallecimiento de la pareja.	100	• Enfermedad o accidente.	40
• Divorcio o separación.	73	• Inicio de vida en pareja.	39
• Encarcelamiento.	65	• Despido.	38
• Fallecimiento de un familiar.	63	• Cuidar de otra persona.	37
• Reajuste en el trabajo.	63	• Jubilación.	36
• Cambios en la economía.	53	• Enfermedad de allegados	30
• Discusiones con la pareja	53	• Embarazo.	29
• Hipoteca o préstamo	50	• Trastornos sexuales.	28
• Hijo o hija que se va de casa.	47	• Nacimiento en la familia.	26
• Problemas con los suegros.	47	• Revisión de hábitos de vida.	20
• Rendimiento excepcional.	47	• Problemas con el jefe o jefa.	19
• Cambios en el trabajo de la pareja.	45	• Cambios de residencia, trabajo o escuela	11
• Comienzo o final de la escuela.	44		
• Cambios en las condiciones de vida.	44		

4.6.7. Genograma.

Es un modo de conocer y evaluar datos de la familia de forma gráfica y de obtener información de sus miembros y sus relaciones a lo largo incluso de varias generaciones. Se construye a través de un sistema de símbolos: figuras (que representan a las personas) y líneas (que describen sus relaciones). Es un árbol familiar o genealógico, un retrato familiar, y sirve como registro abreviado de la historia familiar.

El genograma constituye un excelente instrumento para representar la composición de los datos familiares en un documento conciso y legible. Los datos pueden ser agregados a medida que son recolectados. El análisis del genograma también sirve para identificar a aquellos miembros de la familia sobre los cuales se conoce poco para advertir a la enfermera que la valoración de la salud familiar puede no ser completa. Un genograma es una especie de mapa de carreteras: puede ser leído con exactitud si los símbolos son utilizados en forma correcta y coherente.

El símbolo de los varones es un cuadrado y el de las mujeres un círculo y la edad de cada individuo está contenida dentro del símbolo. Como regla, los hombres son colocados a la izquierda, excepto en el caso de las relaciones homosexuales. El orden de los hermanos se designa siempre representando al mayor a la izquierda y al menor a la derecha, avanzando en orden descendente.

La importancia del genograma consiste en advertir a la enfermera de salud comunitaria sobre el impacto de los patrones multigeneracionales de la enfermedad y los elevados riesgos de problemas emocionales y de salud.

El genograma constituye una referencia rápida de la historia de la salud familiar, sus riesgos y patrones, y aporta una gran cantidad de información por medio de un vistazo.

El genograma puede ser enriquecido con información adicional obtenida durante cada contacto con la familia. A medida que se agrega la información, la familia es capaz de unirse a la enfermera para la identificación de sus fortalezas, riesgos y problemas, y la enfermera de salud comunitaria debe percatarse de las brechas en la información referente a los miembros individuales.

El genograma también ofrece a la familia una ayuda para reflexionar respecto a la propia dinámica, asuntos y problemas inter generacionales. La enfermera de salud comunitaria puede construir con la familia el genograma como una manera para estimular la reflexión familiar y los miembros pueden ayudarla a llenar las brechas existentes en la información. El genograma puede convertirse en un árbol genealógico, una fuente de información familiar que puede ser transmitida a las futuras generaciones.⁵⁶

56. Ibidem. Pág. 15.

4.7. Proceso de Atención de Enfermería.

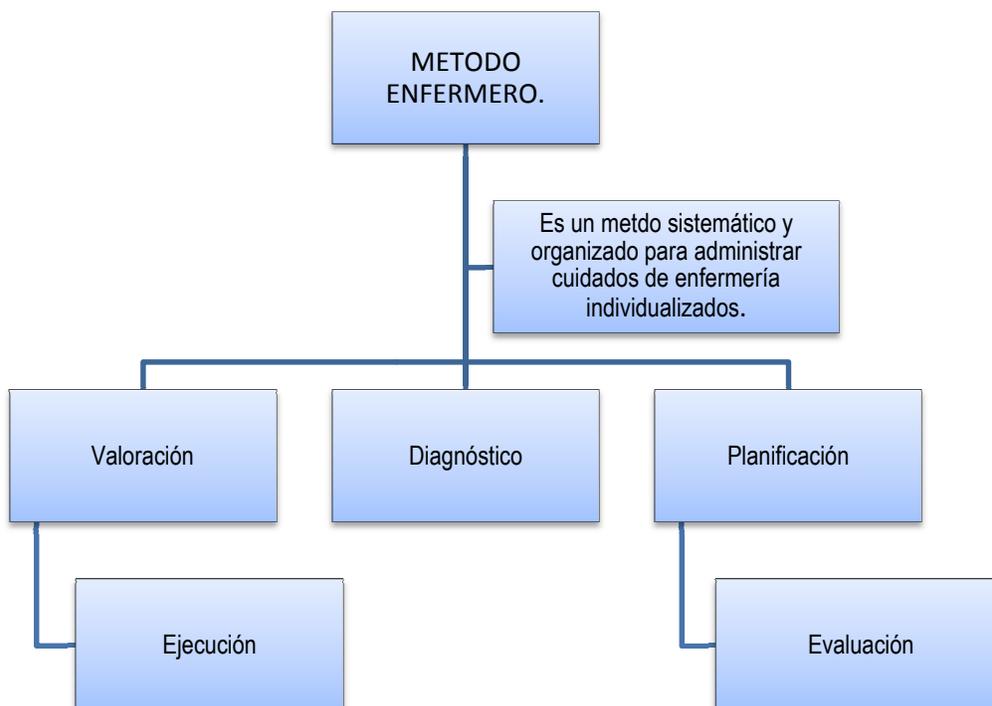
Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades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

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

En lo relacionado con y el proceso de atención, Orem señala que es un método en el cual se requieren dos tipos de operaciones:

a) operaciones interpersonales: condiciones del ambiente y comunicación con paciente y familia (entrevista)

b) operaciones tecnológico – profesionales: hay 4 etapas: Diagnósticos, operaciones prescriptivas, reguladoras o de Tratamientos, cuidados reguladores.⁵⁷



57. Griffith, W. Janet. Proceso atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y Modelos. Ed. Manual Moderno. 1992.

Valoración. Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

La historia clínica de enfermería es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista que puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista.

La valoración de enfermería referente con el modelo de la teoría de Orem se debe hacer dependiendo de:

- Factores de desarrollo (no modificable)
- Factores básicos condicionantes (modificable)
- Teoría de los sistemas
- Requisitos universales

Diagnóstico de Enfermería. Es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

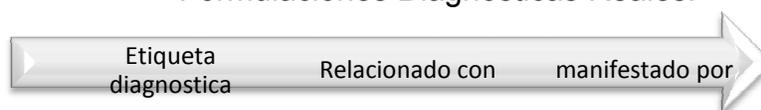
Los elementos que lo integran son etiqueta o nombre, definición, características definitorias, manifestaciones clínicas (fisiológicas, conductuales, afectivas y cognitivas) y factores relacionados o de riesgo con la etiología, ya sean causales o asociados (fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales).

Formulaciones Diagnósticas

Estas formulaciones son:

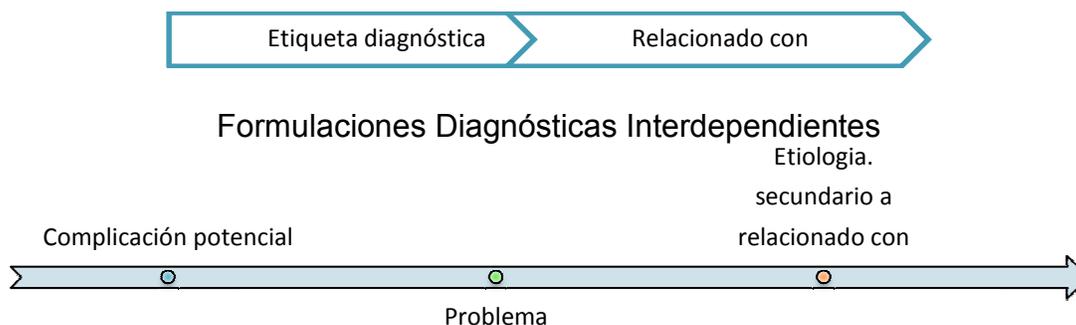
- Formulaciones diagnósticas reales (signos y síntomas definitorios)
- Formulaciones diagnósticas de riesgo (factores de riesgo sin características definitorias)
- Formulaciones diagnósticas interdependientes.⁵⁸

Formulaciones Diagnósticas Reales.



58. Cavanagh, Stephen J. "significado de enfermería". Cap.1; En modelo de orem aplicación practica. Edit. Cientificas y tecnicas, S.A. Massson -Salvat 1993.

Formulaciones Diagnósticas de Riesgo



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

En esta fase comprende tres pasos:

- Establecimiento de prioridades: Determina el orden en que se deben resolver los problemas del paciente, de los más importantes en la distribución de los cuidados de enfermería.
- Identificación de objetos: El personal de enfermería establecerá los objetivos quedara la pauta a seguir para abordar el problema o diagnósticos del paciente.
- Planificación de las acciones de enfermería: Este es considerado como el núcleo o centro del proceso de enfermería ya que en el se plantean problemas, objetivos, acciones y respuestas y por lo tanto es el que dirige el actuar de la enfermera para asistir al paciente en la solución de problemas o para cubrir sus necesidades.⁵⁹

Diagnósticos NANDA		
Etiqueta diagnóstica	Relacionado con	Manifestado por

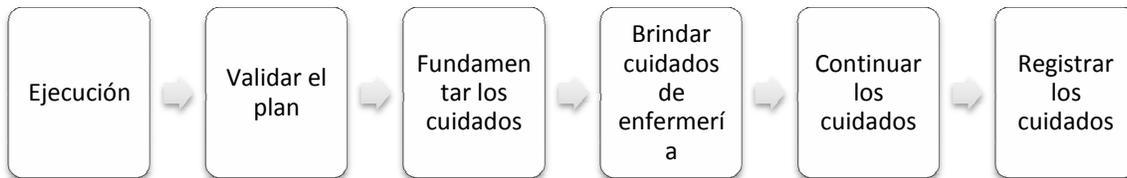
NOC resultados: indicadores	NIC intervenciones: actividades
NOC escala diana	NIC cuidados

59. Marriner Ann. El proceso atención de enfermería un enfoque científico. 2da Ed. Manual Moderno; 2000.pag. 1-4.

Ejecución.

La ejecución es la aplicación real del plan de cuidados de enfermería al paciente, en forma integral y progresiva. En esta etapa debe de continuar la comunicación terapéutica para identificar otras necesidades y problemas, resultados de las acciones planeadas y determinar modificaciones o posibles soluciones para su resolución.

En la ejecución incluye cinco elementos:



Evaluación.

La evaluación es el proceso de valorar o revalorar los progresos del paciente hacia los objetivos de salud, así como la calidad de atención que recibe por parte del personal de enfermería y otros profesionistas que intervienen en su cuidado.

La evaluación tiene como propósitos:

- Determinar el adelanto del paciente para alcanzar las metas u objetivos establecidos.
- Juzgar la eficacia de los planes, estrategias y cuidados de enfermería.

Las actividades de la fase de evaluación son la evaluación del logro de los objetivos y la revaloración o modificación del plan.

La evaluación sirve para identificar aquellas estrategias eficaces y pueden promover la investigación enfermería. ⁶⁰

60. ibidem, 4

4.8-. Diabetes.

La diabetes es una enfermedad endocrina crónica debida a una deficiencia del metabolismo de los alimentos, especialmente de los azúcares y las féculas, provocada por la falta, total o parcial por defectos en la secreción, y en la acción de la insulina. Esto causa, por tanto, la acumulación de ciertas sustancias causando perjuicios. La insulina es una hormona producida por células, llamadas células beta, en el páncreas. La insulina se necesita para movilizar el azúcar de la sangre (glucosa) hasta las células, donde se almacena y se utiliza después para obtener energía. Los valores normales de glucemia son: en ayunas 60-80 mg/100 ml; después de comer 110-140 mg/100 ml; entre comidas 80-120 mg/100ml. La superación de estos valores nos indica que existe una hiperglucemia.

La diabetes se clasifica principalmente en dos grupos: diabetes tipo I o insulino dependiente y diabetes tipo II no insulino independiente.

Diabetes Mellitus tipo I. está caracterizada por la destrucción de la célula beta pancreática debida a un proceso autoinmune; esto lleva, habitualmente, a un déficit absoluto de insulina. Este tipo de diabetes puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en niños, adolescentes o adultos jóvenes. Es por ello que, a veces, se la denomina diabetes juvenil. Representa entre el 10-15% de los diabéticos.

Diabetes Mellitus tipo 2. es el resultado de la imposibilidad del cuerpo para usar correctamente la insulina producida por el páncreas, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina. Casi siempre se presenta en adultos, sobre todo en mujeres, con sobrepeso. Representa el 70 % de la diabetes.

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

Diabetes Idiopática: asociada con otras enfermedades o el uso de fármacos, entre las más comunes están las enfermedades del páncreas (pancreatitis, acromegalia, etc.) y el uso de corticoides en algunos tratamientos. La diabetes gestacional consiste en la presencia de altos niveles de glucemia que se desarrolla en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.

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.⁶¹

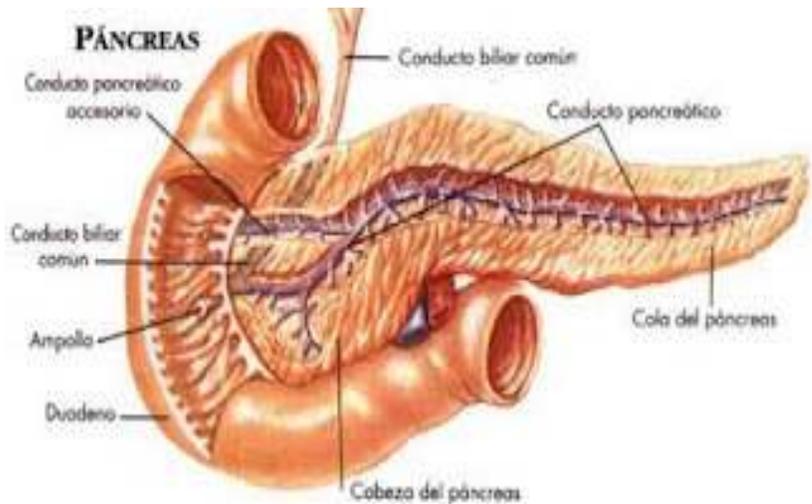
61. Tébar. La diabetes en la práctica clínica; Edición: 1ª ediciones. Panamericana; 2009, Pág. 5, 6.

La falta de utilización de azúcar como fuente de energía es la causa principal de la aparición del cansancio que sufren los diabéticos; como no se usan los azúcares y se eliminan por la orina, se produce una pérdida de calorías y se quemán 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 sangre. (surraca, 1998).

Anatomía y Fisiología.

El páncreas es un órgano alargado (12-15 cm de largo) y aplanado, que pesa hasta 100 gramos. Su color es gris-amarillento, o rosado si está en actividad. Está localizado transversalmente en la parte dorsal del abdomen, detrás del estómago. Aunque de forma artificial, el páncreas se divide en tres segmentos: cabeza, cuerpo y cola.

La cabeza es el lado derecho del órgano (la parte más ancha). Presenta una hendidura que delimita un pequeño lóbulo denominado gancho pancreático, y se encuentra en la curvatura del duodeno (la primera porción del intestino delgado), relacionándose por detrás con el eje vascular aorto-cava y vena porta. La arteria y la vena mesentéricas superiores pasan entre el cuerpo y el gancho pancreáticos. El cuerpo del páncreas es la parte cónica izquierda, y se extiende ligeramente hacia arriba. La cola es su final, y termina cerca del bazo.



El cuerpo y la cola se relacionan sucesivamente con el riñón izquierdo y el bazo. Dado que el páncreas es una glándula de secreción endocrina y exocrina, el estudio de su estructura puede dividirse en dos tipos de tejidos: El tejido exocrino. Encargado de secretar enzimas digestivas. Estas enzimas son secretadas en una red de conductos que se unen al conducto pancreático *principal*, que atraviesa el páncreas en toda su longitud y desemboca en la carúncula mayor del duodeno junto al conducto colédoco de la vía biliar. Otro de los principales conductos es el *conducto pancreático accesorio* (de Santorini), que acaba solitario en la carúncula duodenal menor. El tejido endocrino. Secreta hormonas en el torrente sanguíneo. Está formado por pequeños islotes dispersos de células llamados islotes pancreáticos o de Langerhans, que solo constituyen el 2-3 % de la masa total del páncreas. ⁶²

62. Ibidem, 19, 20.

Estos islotes están rodeados de células llamadas acinos, que segregan un líquido seroso que contiene enzimas digestivas en conductos que lo llevan al intestino delgado. Cada uno de los islotes pancreáticos contiene una combinación de cuatro tipos primarios de células endocrinas, todas ellas unidas entre sí por uniones en hendidura. Cada tipo de célula segrega una hormona diferente, pero las uniones permiten alguna coordinación de estas funciones en una sola unidad secretora. Los diferentes tipos de células son:

Células alfa (también denominadas células A), que segregan la hormona glucagón. El glucagón tiende a incrementar los niveles de glucemia, estimulando la conversión de glucógeno en glucosa en las células hepáticas. También estimula la gluconeogénesis en las células hepáticas.

Células beta (células B), que segregan la hormona insulina. La insulina tiende a favorecer el movimiento de glucosa, aminoácidos y ácidos grasos de la sangre a los tejidos.

Célula delta (células D), que segregan la hormona somatostatina. La somatostatina afecta a diferentes tejidos del cuerpo, pero su principal papel parece ser regular las otras células endocrinas de los islotes pancreáticos. Ésta inhibe la secreción de glucagón, insulina y polipéptido pancreático, así como la secreción de la hormona del crecimiento por la hipófisis anterior.

Células polipéptidas pancreáticas (células F o PP), que segregan polipéptido pancreático, el cual influye en algún grado en la digestión y en la distribución de las moléculas alimentarias

Regulación de la glucemia. La insulina y el glucagón, dos de las principales pancreáticas, tienen efectos antagónicos (opuestos) sobre la glucemia.

Fisiopatología y Complicaciones

Efectos a corto plazo: Cuando hay un déficit de insulina, existe una serie de alteraciones metabólicas que conducen a una hiperglucemia. Estas son: la disminución del transporte de la glucosa a través de las membranas celulares, la disminución de la glucogénesis, el aumento de la glucólisis y gluconeogénesis debido al catabolismo de los aminoácidos y del glicerol de los triglicéridos.

La hiperglucemia aumenta la osmolaridad sanguínea dando como resultado una deshidratación. Siempre que la persona con hiperglucemia y glucosuria respondan a la sed y repongan los líquidos perdidos por la glucosuria y la diuresis osmótica, no pasará nada.

Si no es así, la persona puede sufrir un coma hiperglucémico, hiperosmolar, no cetótico. Se da en enfermos con diabetes de tipo II y, con mayor frecuencia, en ancianos, en personas con debilidad y aquellas que presentan trastornos en la movilidad o cognitivos.⁶³

63. *Ibidem*, 21, 22.

Hipoglucemia. Es la complicación más frecuente del tratamiento farmacológico de la Diabetes, caracterizada por el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales: arbitrariamente la podemos definir como las cifras de glucemia por debajo de 50 mg/dl. Podemos clasificarla como:

Hipoglucemia severa: la que ocasiona coma, convulsiones o alteraciones neurológicas que impiden que el paciente pueda autotratarse, precisando ayuda de otra persona

Hipoglucemia moderada: existe evidente alteración de la función motora, confusión o conducta inadecuada, pero está lo suficientemente alerta para el autotratamiento.

Hipoglucemia leve: el paciente siente necesidad de tomar alimento, sin presentar afectación neurológica.

Las causas más frecuentes: Exceso de insulina o hipoglucemiantes orales, Retraso en la ingesta de alimentos o consumo inadecuado, Ejercicio intenso o prolongado, Consumo de alcohol

Clínica: la hipoglucemia se manifiesta por diferentes síntomas o signos, que en general se deben a tres mecanismo diferentes:

Síntomas debidos a la respuesta adrenérgica: ansiedad, inquietud, irritabilidad, palpitaciones, taquicardia, palidez, debilidad, temblor, hambre. Síntomas colinérgicos: sudoración abundante. Síntomas debidos a la afectación el sistema nervioso central por neuroglucopenia: cefalea, lentitud, dificultad para hablar, diplopia, visión borrosa, visión doble, somnolencia, confusión mental, comportamiento anormal, delirio, negativismo, psicosis, convulsiones, localización neurológica.

Factores de riesgo:

Herencia recibida de los padres (genética) que transmite la predisposición a padecer diabetes. Supone un 40% Infecciones por virus de desarrollo lento no conocidos en profundidad. Se ha observado un aumento de incidencia de nuevos casos de DM1 en determinados meses (otoño e invierno) al parecer relacionado con la actividad de algunos virus. Los virus que se han implicado con mayor frecuencia en el desarrollo posterior de DM1 son Coxsackie B4, rubéola y parotiditis. Al parecer, el Coxsackie B4 posee una proteína casi idéntica al ácido decarboxilglutámico de la célula beta pancreática. No se ha encontrado relación entre DM2 y virus. Por otro lado están una serie de circunstancias desencadenantes tales como: ⁶⁴

64. ibidem, 50, 51.

Sobrepeso: El factor dietético que más incrementa el riesgo de DM2 es el sobrepeso. A ello parece contribuir la “dieta occidental” con alto consumo de hidratos de carbono simples y escaso contenido en fibra y el sedentarismo. El riesgo relativo de presentar DM2 y/o tolerancia alterada a la glucosa (TAG) aumenta por 2 en pacientes con obesidad moderada, por 5 en obesidad intensa y por 10 en obesidad mórbida. Sin embargo, hay obesos en los que no se afecta la glucemia, lo que supone la necesidad de algún otro factor, quizá la herencia. No parece existir una relación directa entre el consumo excesivo de azúcares y el riesgo de DM2. En cuanto a la DM 1, se han implicado como factores nutricionales probables el consumo durante el embarazo de carnes ahumadas (con elevado contenido en nitrosaminas) y con el descenso de la lactancia materna.

Embarazo, Situaciones de angustia, pérdidas familiares, consumo de ciertos tipos de medicamentos, como son los antirreumáticos y antiasmáticos hormonales (corticoides).

Edad: La DM 2 aumenta su incidencia con la edad, siendo su pico máximo entre los 40-60 años. La DM 1 presenta su pico de incidencia máximo alrededor de los 10-13 años.

Tratamiento

El tratamiento consta de dos fases. Una primera fase en la que se pretende la normalización metabólica del enfermo recién diagnosticado o de aquel que presenta una descompensación, y una segunda fase en la que la finalidad última es el mantenimiento de la compensación metabólica.

El tratamiento en sí consta de: tratamiento farmacológico, dieta, ejercicio físico, cuidados higiénicos, actitud mental.

Tratamiento Farmacológico: La medicación puede ser con insulina, con antidiabéticos orales, hierbas “antidiabéticas” (están contraindicadas), medicación y productos dietéticos complementarios.

Tratamiento medicamentoso a base de insulina:
Análogos de insulina.

La farmacocinética de la insulina puede ser alterada por modificaciones mediante bioingeniería, cambiando en forma selectiva la secuencia de los aminoácidos para producir “análogos de insulina”.

Insulinas humanas.

Durante muchos años la insulina que se ha empleado para el tratamiento de la diabetes, se extraía del páncreas de diversos animales, principalmente del buey (Insulina bovina), y sobre todo del cerdo (Insulina porcina).

La insulina porcina es casi idéntica a la insulina humana y posee el mismo efecto sobre el azúcar en sangre.⁶⁵

65. Ibidem. 77.

En la actualidad las insulinas que se tiende a emplear son las denominadas humanas, que son químicamente iguales a la del hombre y se obtienen bien de ciertas bacterias y levaduras mediante técnicas de ingeniería genética o bien a partir de la insulina de cerdo, que mediante un proceso químico adecuado se transforma en insulina exacta a la del hombre.

Tipos de insulina. Según la velocidad de inicio de acción y duración de su efecto la insulina puede ser de tres tipos: insulina de acción rápida, de acción intermedia y de acción lenta.

Dieta. El diabético necesita mayor aporte de vitaminas del complejo B, en especial vitamina B1, B2, B6 Y B12. Esto se consigue con una dieta rica en vitaminas B, y, en casos excepcionales, mediante medicamentos que las contengan. Con una buena alimentación, el diabético no necesitará consumir productos sustitutos de alimentos azucarados ni aporte complementario de “fibra dietética”.⁶⁶

Prevalencia.

En el mundo Occidental la prevalencia de Diabetes Mellitus se estima que oscila entre el 2% y el 6% de la población, según los estudios (diferencias en métodos de diagnóstico empleados, rangos de edad en población estudiada...). Se estima que un la mitad de los casos permanecen sin diagnosticar: por cada persona con diabetes conocida existe una con diabetes desconocida.

La prevalencia total de la DM-2 se estima en un 6% de la población (90-95% de las personas con diabetes), aumentando la prevalencia de forma significativa en relación a la edad: alcanza cifras entre el 10-15 % en la población mayor de 65 años, y el 20 % si consideramos sólo a los mayores de 80 años.

Incidencia

Diabetes Mellitus tipo 1: 10- 12 casos nuevos /100.000 habitantes/año.

Diabetes Mellitus tipo 2: 60-150 casos nuevos/100.000 habitantes/año.

Mortalidad

La mortalidad en los adultos con diabetes es más alta que en los no diabéticos. Una de las principales limitaciones de los estudios de mortalidad es la subestimación del problema (existen diferencias en la certificación de la diabetes como causa de defunción cuando se asocia a afecciones muy frecuentes (enfermedades cardíacas, insuficiencia renal etc.).

En la mayoría de los países desarrollados, la diabetes ocupa del 4º al 8º lugar entre las causas de defunción. En los países europeos la tasa de mortalidad oscila entre 7.9 y 32.2/100.000 habitantes). La principal causa de defunción de los pacientes con DM1 es la insuficiencia renal por nefropatía diabética.⁶⁷

66. Ibidem, 78. ss.

67. Ibid. Organización Mundial de la Salud. O.M.S. [En línea] [citado el 23 Feb. 2013.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

4.9.- Obesidad.

Definición.

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso. Dado que el grado de adiposidad es un continuo, la definición de obesidad es un tanto arbitraria y está asociada a un estándar de normalidad. Por ello, la definición de "exceso" no es fácil e involucra el punto en el cual los riesgos para la salud se vuelven mayores.

Los problemas involucrados para establecer una definición son similares a los que se encuentran cuando se trata de definir otros problemas de salud, como la tensión arterial alta o el colesterol elevado.

Clasificación.

Una manera práctica de clasificar el sobrepeso y la obesidad es utilizar el IMC. En la actualidad, estos puntos de corte se aceptan para usarse en adultos tanto en el campo clínico como en el poblacional. Además de la clasificación por IMC se presenta información sobre el riesgo que representa tener valores de perímetro de cintura mayores a los actualmente aceptados. Cabe hacer notar que un perímetro de cintura aumentado puede implicar en sí un riesgo, independientemente del valor del IMC.

Epidemiología

El sobrepeso y la obesidad han sufrido un crecimiento rápido en todas las regiones del orbe y están afectando a niños y adultos por igual. Al final del milenio, existen aproximadamente 250 millones de adultos obesos. Y la prevalencia aumenta no sólo en los países industrializados; de hecho, estos problemas son ahora tan comunes en las naciones en desarrollo que han llegado a dominar sobre las preocupaciones tradicionales en el campo de la salud pública (des-nutrición y enfermedades infecciosas).

En este sentido, a través de la Encuesta Nacional de en 1993 entre adultos de 20 a 69 años residentes en zonas urbanas de México, se encontró una prevalencia de obesidad de 28.5 por ciento entre los varones y de 41.4 por ciento entre las mujeres. Se utilizó como definición de obesidad un IMC igual o mayor de 27.8 para los hombres y de 27.3 para las mujeres.⁶⁸

68. *Ibíd.* Organización Mundial de la Salud. O.M.S.

La international Association for study of obesity. (IASO). Define a la obesidad como una enfermedad multifactorial que se caracteriza por una acumulación excesiva de tejido adiposo que puede causar daño a la salud. En tanto que el grupo de estudio de la obesidad de la sociedad mexicana de nutrición y endocrinología. La define como una enfermedad crónica, compleja con expresión heterogenea y asociada a diversas comorbilidades, la cual, a pesar de considerarse un problema de salud pública, es susceptible de prevención y tratamiento. Lo acertado de esta definición es que plantea el hecho de que es un problema de salud pública, pero también señala que puede prevenirse y tratarse.

La obesidad puede definirse como una enfermedad en la cual el exceso de la grasa corporal (respecto de lo que correspondería de manera normal, según sexo, talla, edad y tipo de trabajo) se ha acumulado en un grado tal, que la salud está en riesgo de ser afectada.

Para establecer el grado de aumento de peso, en forma práctica se utiliza el índice de quetelet, o índice de masa corporal (I.M.C), la cual se define como el cociente que resulta de dividir el peso (p, en KG) entre el cuadrado de la talla (T, en m): $IMC = P/T^2$ al tipificar el peso, en todo el mundo se siguen los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) relativos al IMC: ⁶⁹

PESO	IMC.
Peso Bajo.	< 18.5kg/m2.
Peso Normal.	18.5 a 24.9kg/m2
Sobrepeso.	25 a 29.9 kg/m2
Obesidad clase I	30 a 34.9 kg/m2
Obesidad Clase II	35 a 39.9 Kg/m2
Obesidad Clase III	>40 kg/m2.

69. Dorantes Cuellar Alicia Yolanda; Cristina M, Sibaja: Endocrinología clínica ed., Manual Moderno, 2004.pag.245- 258.

Etiopatogenia y Fisiopatogenia.

Es posible que la herencia y el medio ambiente contribuyan con este aumento pero se requiere de mayores bases para fundamentar con solidez esta afirmación. Las tradiciones socio culturales promueven la sobrealimentación y el consumo preferente de alimentos alto contenido calórico.

En muchas culturas, comer se ha convertido en una forma de recreación, relajación, celebración y hospitalidad. Del mismo modo las costumbres y estilos de vida están más arraigados mientras mayor sea la edad del individuo. Puesto que el sedentarismo se incrementa y el tipo de alimentación se modifica. Conforme con diversos estudios. El consumo de hidratos de carbono es el principal responsable de la obesidad.

El ambiente es uno de los principales determinantes de sobrepeso y obesidad; en estas patologías las influencias ambientales se relacionan en primera instancia con los comportamientos en la alimentación y la actividad física.

La distribución de la grasa corporal puede ser un predictor independiente de los factores de riesgo cardiovascular y morbilidad, por lo cual debe de establecerse el tipo de obesidad de cada individuo; por ejemplo, el exceso de grasa en el abdomen, es de mayor riesgo para favorecer otras alteraciones metabólicas, tales como diabetes o hipertensión.

De esta manera la medición del diámetro de la cintura permite inferir si se está ante la presencia de una obesidad androide (obesidad toraco abdominal, centrípeta o en forma de manzana), la cual establece la distribución de mayor riesgo, puesto que con ella se incrementa la grasa alrededor de las grandes viseras, y con ello se produce un intercambio metabólico desfavorable.

Obesidad ginecoide, u obesidad femoropelvica (centrifuga o en forma de pera) que es menos perjudicial que la androide.

La circunferencia de la cintura correlaciona en forma positiva con el contenido de grasa perivisceral, representa de manera indirecta, el riesgo de enfermedad cardiovascular o la relación con otras comorbilidades.

El riesgo es moderado si las medidas son > 94 cm (hombres) o > 80 cm (mujeres). El riesgo es alto cuando las medidas son > 102 en hombre o > 88cm mujeres.

El tejido adiposo tiene tres funciones primarias, actuar como almacén para ácidos grasos ricos en energía en forma de triglicéridos y liberar estos ácidos grasos y el glicerol que los constituyen en respuestas a señales endocrinas, neurales o locales. Ecuación. Energía almacenada= Energía ingerida/ Energía gastada.⁷⁰

70. *Ibidem*, 247.

Tratamiento.

Los elementos clave son el manejo de los factores de riesgo y mantenimiento de peso en el largo plazo. Enfatizar al individuo los beneficios de la pérdida de peso moderada y sostenida. Es preciso resaltar la importancia de una pérdida lenta y constante de peso, seguida de mantenimiento, con un enfoque en resultados de largo plazo y cambios sustanciales.

El primer paso en el control de la obesidad es un cambio profundo en el estilo de vida, incluyendo un adecuado suministro en la cantidad y calidad de nutrientes, y una modificación favorable en la actividad física.

Dieta.

Las metas del tratamiento dietético de la obesidad pueden resumirse en los siguientes aspectos: reducción de peso; mantenimiento del peso adecuado; eliminación de una futura ganancia de peso; ausencia de efectos colaterales; factibilidad económica del tratamiento.

Un propósito objetivo, aceptado por diversos grupos, en el ámbito mundial, consiste en obtener una reducción de peso de 10% en un tiempo aproximado de 6 meses.

Las cantidades de calorías recomendadas de acuerdo con la edad y el sexo en sujetos no obesos son, respectivamente: ⁷¹

Hombres:

- 18 a 35 años: 2900 kcal/día.
- 36 a 55 años: 2600 kcal/día.
- 56 a 75 años: 2200 kcal/día.

Mujeres:

- 18 a 35 años: 2100 kcal/día.
- 36 a 55 años: 1900 Kcal/día.
- 56 a 75 años: 1600 kcal/día.

71. Ibidem 249.

La cirugía es una alternativa de particular relevancia, mas aun en la obesidad de grado extremo, u obesidad mórbida (I.M.C < 40 kg/m²), ya que en esta se pone de manifiesto el notable riesgo que representa para el paciente su exceso de peso. En 1991, la conferencia de consenso del instituto de salud americano el acepto que la cirugía es tratamiento más eficaz para la obesidad mórbida.

Debe quedar claro para el paciente que el procedimiento quirúrgico es coadyuvante, y que se requiere apegarse a los lineamientos de cambio de estilos de vida. (Adecuado régimen alimentario, actividad física personalizada y cambio de conducta).

La presencia de obesidad o sobrepeso debe hacer pensar en la posibilidad de que hay enfermedades asociadas, como diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, cardiopatía o colecistopatía. Se debe a los pacientes obesos a que pierdan peso con métodos adecuados. Los primeros pasos son la dieta, la educación nutricional, los grupos de autoayuda y los cambios de conducta.

El perímetro de cintura se utiliza como sustituto para valorar la magnitud de la obesidad visceral.

El comportamiento de la obesidad, la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial es similar, en tanto que a medida que cada uno de estos factores IMC, colesterol y tensión arterial aumentan, el riesgo relativo de enfermedad también se incrementa, tal y como se presenta en la figura 3.

La elevación del colesterol en la sangre no es un factor de riesgo en sí mismo sino a través del daño que ocasiona en las arterias al obstruirlas y favorecer la aterosclerosis. Del mismo modo, el aumento de la tensión arterial *per se* no es un factor de riesgo, sino por el daño que ocasiona en los vasos sanguíneos, el cerebro, el corazón y los riñones.

El caso de la obesidad es similar: el riesgo no está en aumento de la grasa corporal por sí mismo, sino en las consecuencias que éste tiene en otros sistemas.

Los obesos no sólo tienen un mayor peligro de morir, sino también de enfermarse. Por ejemplo, el riesgo de padecer diabetes aumenta de manera directamente proporcional con el grado de obesidad. Se ha observado que la frecuencia de diabetes Mellitus tipo 2 es cerca de dos veces mayor en individuos ligeramente obesos, cinco veces mayor en moderadamente obesos y 10 veces más alta en excesivamente obesos. Asimismo, se ha estimado que más de 80 por ciento de los individuos con diabetes Mellitus tipo 2 son obesos.

La hipertensión arterial es un padecimiento que se ha relacionado en forma directa con el grado de obesidad y, junto con las coronariopatías, incrementa de manera importante el riesgo de morir, sobre todo en hombres menores de 40 años.

Existen también claras evidencias que indican una fuerte asociación entre cierto tipo de cáncer y la obesidad.⁷²

72. Ibidem, 250-252.

La gravedad de una obesidad de menor magnitud ha sido objeto de discusión. En este sentido, varios estudios señalan que una obesidad moderada no se acompaña de un aumento de mortalidad, mientras que otros argumentan que aunque la obesidad sea ligera sí existe un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades.

En relación con la distribución de grasa, se ha establecido que la obesidad de tipo androide es decir, aquella en la que se acumula mayor cantidad de tejido adiposo en la región abdominal implica un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensivas y diabetes, entre otros padecimientos, en comparación con la obesidad de tipo ginecoide donde el exceso de tejido adiposo está en la región glútea y femoral debido a la resistencia a la insulina y la dislipidemia, entre otras alteraciones metabólicas.

Es importante mencionar que la asociación entre el tipo de distribución de la grasa y las enfermedades se conserva incluso en ausencia de sobrepeso.

La obesidad tiene un efecto negativo en la función reproductiva femenina. Con frecuencia se asocia con hiperandrogenismo en mujeres debido a que el tejido adiposo es un sitio activo de producción y metabolismo de esteroides.

Por otra parte la mujer obesa puede experimentar hirsutismo, ciclos anovulatorios, amenorrea, disminución de la fertilidad, menarca tardía y menopausia temprana. Estas alteraciones se presentan con mayor frecuencia cuando la obesidad es de tipo androide y en mujeres con obesidades mayores.

La obesidad se ha asociado también con una mayor prevalencia de enfermedades de la vesícula biliar. La presencia de cálculos renales es de tres a cuatro veces más frecuente en personas obesas que en individuos no obesos.

Por otra parte, la obesidad afecta de manera adversa la función respiratoria y puede ocasionar apnea del sueño. Además se le ha relacionado con la presencia de osteoartritis y de gota. Por último, es importante mencionar que el obeso, además de estar expuesto a estos padecimientos biológicos, con frecuencia está sometido a presiones psicológicas por marginación social.

Factores Etiológicos

Entre la diversidad de factores que contribuyen a la etiología de la obesidad están los genéticos, los ambientales, los nutricios, y la actividad física, entre otros. Todos ellos pueden contribuir, de una u otra manera, al desequilibrio entre la ingestión energética y el gasto de energía que favorece la acumulación de grasa.

Este marco conceptual simplificado generalmente se acepta como cierto; sin embargo, aún se desconocen muchos de los mecanismos a través de los cuales actúan estos factores.⁷³

73. *Ibidem* 252-253.

Factores Genéticos.

Cada vez se acumula más evidencia sobre la función de la carga genética en el desarrollo de la obesidad. Si bien es cierto que es difícil diferenciar entre la herencia genética y la llamada herencia ambiental es decir, entre las características propias de los individuos y lo aprendido la evidencia indica que en algunas familias se llega a dar la susceptibilidad a la obesidad.

La influencia genética es difícil de elucidar y la identificación de los genes responsables no se logra de manera adecuada en los estudios familiares.

Por otra parte, es claro que el genotipo en la etiología de la obesidad generalmente se ve atenuada o exacerbada por factores no genéticos.

Algunos estudios en individuos con un intervalo amplio de valores de IMC aunada a información de sus hermanos, padres y parejas, sugieren que de 25 al 40 por ciento de la variabilidad individual en el IMC posiblemente dependa de factores genéticos.

Por otra parte, los estudios en gemelos idénticos que crecieron en ambientes diferentes indican que la contribución genética al IMC puede ser aún mayor; es decir, de alrededor de 70 por ciento.

Al realizar una revisión detallada de los trabajos publicados a lo largo de 23 años (1966-1989) sobre la diferenciación entre la herencia genética y la herencia social de la obesidad, se puede concluir que conocer el efecto hereditario de este padecimiento ayuda a encaminar las medidas preventivas al sector de mayor riesgo; es decir, a la descendencia de progenitores obesos, no sin antes considerar que la mayoría de estos trabajos fueron realizados en sociedades occidentales avanzadas económicamente y que quizás los resultados serían distintos en algún otro tipo de población con características socioeconómicas diferentes.

Factores metabólicos

Se ha postulado que una anomalía metabólica básica podría incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo y producir obesidad por varios caminos:

- a) la desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos;
- b) el aumento de la eficiencia para degradar los hidratos de carbono, los ácidos grasos y los aminoácidos, y almacenar la energía adicional en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.⁷⁴
- c) una mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, lo que da por resultado una situación en la que se requiere menos energía y el exceso de ésta se convierte en triglicéridos, que se almacenan en el tejido graso, y d) la inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo.

74. Ibidem, 254-255.

En otras palabras, se podría catalogar al individuo con obesidad como un sujeto con una eficiencia del metabolismo energético superior al promedio habitual.

A pesar de que existen evidencias que apoyan esta hipótesis, todavía no están muy claras las vías metabólicas que podrían estar afectadas.

Las células adiposas

La llamada teoría del adipocito postula la existencia de periodos críticos para la reproducción de las células adiposas en la vida del humano.

Por mucho tiempo, los estudios de investigación fundamentaron tres periodos críticos en la génesis de estas células: el último trimestre de la gestación, los primeros dos años de la vida y la adolescencia.

Estos periodos se caracterizan por una hiperplasia del tejido adiposo, así como por la existencia de factores genéticos, endocrinos, metabólicos y alimentarios que provocan una superproducción de las células grasas.

A partir de esta teoría se explicaba la permanencia de la obesidad durante la vida adulta de individuos que habían sido niños o adolescentes obesos.

En la actualidad existe controversia a este respecto, ya que se ha identificado un grupo de adultos obesos que no lo fueron durante la niñez o la adolescencia y que sin embargo tienen mayor número de células adiposas. En este sentido, se acepta que el número de células adiposas puede aumentar a lo largo de la vida y no disminuye ante la pérdida de peso.

Se ha visto que durante el embarazo la mujer incrementa tanto el número de estas células como la grasa contenida en ellas (hiperplasia e hipertrofia) y se ha sugerido que este incremento se da sobre todo en la región subescapular, aun cuando hay evidencias epidemiológicas de que la acumulación de grasa se produce en diferentes regiones del cuerpo, de acuerdo con el tipo de población estudiada.

Factores del sistema nervioso central

Los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer se localizan en el sistema nervioso central; de manera específica, en el encéfalo. Dicho sistema desempeña también un papel clave en la regulación del metabolismo energético al influir sobre la secreción hormonal.

Se ha reconocido que el hipotálamo es una de las porciones del encéfalo que tiene mayor influencia en la regulación de la ingestión de alimentos. Se sabe que la destrucción del núcleo ventromedial del hipotálamo en animales de experimentación causa hiperfagia, hiperinsulinismo y obesidad, en tanto que la estimulación eléctrica del llamado centro de saciedad trae consigo el cese de la ingestión de alimentos.⁷⁵

75. Ibidem, 256- 258.

En el humano, los tumores, las inflamaciones o las lesiones en esta zona causan obesidad. Aún no se ha establecido si las anomalías anatómicas o funcionales más sutiles, de carácter genético o adquirido, son culpables de algunas obesidades humanas. Además, se sabe que existen centros encefálicos superiores e inferiores que influyen en la regulación del comportamiento alimentario y cuyo mecanismo no está completamente claro.

Factores Endocrinos

Una posible explicación de algunas formas de obesidad se encuentra en el desequilibrio hormonal primario, que al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía, o ambos, da por resultado un balance energético positivo, con el consiguiente almacenamiento de la energía en el tejido adiposo. En muchos pacientes obesos se han observado varios cambios en el funcionamiento endocrino; en la mayoría de los casos estos desarreglos son consecuencia más que causa de obesidad.

Entre las alteraciones endocrinas que se asocian con el desarrollo de obesidad se encuentra el síndrome de ovarios poliquísticos, el hiperinsulinismo, el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo, entre otros, aunque hay que destacar que proporcionalmente ocupan un sitio pequeño en la prevalencia de obesidad en la población.

Factores Nutricios

Como ya se ha dicho, la obesidad es resultado de ingerir un exceso de energía, tal y como se demuestra en estudios de ingestión energética mediante la utilización de agua doblemente marcada. Una vez que aparece la obesidad, otros factores, como la inactividad física y las adaptaciones metabólicas y hormonales, pueden contribuir a que persista o se agrave; todo esto, matizado por factores psicológicos propios de cada individuo.

La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero por lo que respecta a la obesidad, su inicio en los primeros meses de edad puede tener particular importancia. La nutrición materna antes y durante el embarazo llega a ser un factor esencial del peso corporal del individuo al nacer y durante su vida adulta.

Los estudios realizados en lactantes hijos de mujeres expuestas a subalimentación intensa indican con claridad que la desnutrición severa puede reducir en forma notable el peso del recién nacido. Sin embargo, en investigaciones recientes encabezadas por el grupo de Barker en Inglaterra se ha sugerido que la desnutrición intrauterina predispone al feto a sufrir enfermedades crónicas (obesidad, hipertensión, diabetes mellitus) en la vida adulta.

Algunos estudios sobre los hábitos alimentarios de los sujetos obesos muestran que éstos por lo general tienden a abusar de alimentos ricos en lípidos, que por tener una elevada densidad energética y no existir una regulación adecuada de una comida a otra a diferencia de las proteínas y los hidratos de carbono favorecen su depósito en forma de grasa.⁷⁶

76. Juan R. Guzman; Ruy Lyra. Diabetes Mellitus: visión latinoamericana. Ed. AC Farmacéutica. Guanábana KooganLtda. 2009, PAG 297-300.

El estilo de vida como factor.

Los cambios recientes en el estilo de vida, caracterizados por un consumo excesivo de energía y una reducción notable en la actividad física, ofrecen una explicación razonable de la etiología de la obesidad.

La disminución en los patrones de actividad física en los países desarrollados, e incluso en las naciones en vías de desarrollo, han contribuido de manera notable al escalamiento del problema de la obesidad.

Entre las razones de esta situación está la disminución de la actividad física en gran número de trabajos (con sus excepciones), los equipos automatizados que ahorran trabajo físico y la disminución en el tiempo de esparcimiento.

Factores psicológicos

Las perturbaciones emocionales en ocasiones precipitan la sobrealimentación y acompañan a la obesidad. En individuos obesos se han observado casi todos los tipos de trastornos psicológicos, incluidos la ansiedad, la culpa, la frustración, la depresión y los sentimientos de rechazo y vulnerabilidad.

Sin embargo, no se ha atribuido a la obesidad ninguna personalidad o trastorno psiquiátrico característico. En general, la psicopatología que acompaña a la obesidad no es considerada como la causa primaria de la misma, aunque sí es de gran importancia detectarla para poder dar una correcta orientación que apoye al plan de alimentación.

Factores sociales.

Los datos epidemiológicos indican que la prevalencia de obesidad recibe una notable influencia de los factores sociales, económicos, raciales y otros relacionados con el estilo de vida.

Lejos está la obesidad de distribuirse de manera uniforme en la sociedad. En los países desarrollados representa un serio problema de salud pública, aunque también los países de economías menos privilegiadas tienen altas prevalencias de obesidad.

En general se ha encontrado una relación inversa entre el estado socioeconómico y la prevalencia de obesidad, aunque este fenómeno es más pronunciado en las mujeres.

En el estudio NHANES de Estados Unidos se ha observado que los individuos que se encuentran por debajo de la línea de pobreza extrema) tienen una mayor prevalencia de obesidad.⁶³ Sin embargo, la abundancia económica también trae como consecuencia un estilo de vida que favorece el desarrollo de obesidad.⁷⁸

78. Ibidem, 299.

Evaluación del Estado Nutricio

Para hacer una evaluación adecuada del estado de nutrición del paciente con obesidad, en teoría sería necesario medir el contenido de grasa y su topografía y después comparar los valores obtenidos para un individuo determinado con una serie de valores de referencia aceptados.

La evaluación del estado de nutrición del individuo obeso debe ser, como en todos los casos, una valoración integral, que contemple indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos y bioquímicos.

A través de esta evaluación es importante determinar tres aspectos del sujeto obeso: a) la grasa corporal y su distribución; b) la edad de inicio de la obesidad, así como la existencia de antecedentes familiares con este problema, y c) la presencia de alteraciones físicas o emocionales que pudieran ser causantes de la obesidad o bien consecuencia de ésta.

La grasa corporal y su distribución: Para determinar la grasa corporal se cuenta con dos clases de métodos: los de laboratorio y los clínicos. En la tabla 4 se resumen las principales técnicas en función de su costo, facilidad de ejecución, precisión y capacidad para diferenciar los distintos sectores de acumulación de grasa.⁷⁹

Como resulta evidente, los métodos de laboratorio no son accesibles para la práctica médica común, pero son tomados como patrón de referencia y con base en ellos se ha clasificado la precisión de los demás. Cabe mencionar que la determinación de grasa por densitometría se considera en la actualidad el patrón de referencia.

Dentro de los métodos clínicos, los más utilizados han sido las mediciones de peso y estatura, pues tienen varias ventajas: amplia disponibilidad de equipo, facilidad y precisión en su ejecución cuando se cuenta con personal bien entrenado y equipo en óptimas condiciones, además de que gozan de aceptación general por parte de los sujetos evaluados.

El problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la estatura, motivo por el cual no es una buena medida de la grasa corporal, pues hay que recordar que en la obesidad existe un exceso de grasa corporal.

Por lo común, el IMC se usa en estudios epidemiológicos para estimar la gravedad de la obesidad. La ventaja que se le atribuye sobre otras mediciones es que es independiente de la estatura, lo que permite la comparación de los pesos corporales de individuos de distintas estaturas.

El IMC representa tanto la masa grasa como la masa libre de grasa, por lo que es un índice de peso (o masa) y no de adiposidad como tal.⁸⁰

79. Ibidem. 300

80. Norman Lavín. Manual de endocrinología y metabolismo 4.a. Ediciones. Lippincott Williams y Wilkins; 2009. Pág. 535. SS

A pesar de la utilidad del IMC, es necesario darle su justo valor y reconocer su con respecto al porcentaje de grasa corporal total a cualquier nivel. Como se muestra en la tabla 5, en un estudio realizado en hombres adultos de entre 35 y 54 años de edad, un IMC de 23 a 25 correspondió a un porcentaje de grasa de 22 en promedio; sin embargo el intervalo varió de 11 a 35 por ciento.

Los panículos adiposos se han estudiado bajo diferentes perspectivas: como mediciones individuales comparadas con tablas de referencia, como sumatorias o bien mediante la utilización de ecuaciones para el cálculo de la grasa corporal. Entre estas últimas se cuentan las de Durnin y Womersley, así como las de Jackson. Otro grupo de investigadores encabezados por Muller y Stallons dividen a los panículos adiposos entre los del tronco y los de las extremidades, con el fin de buscar relaciones que predigan con mayor exactitud el riesgo de desarrollo de enfermedades.

Un grupo más de mediciones antropométricas que se utilizan en los adultos son los perímetros, entre los cuales el índice o relación cintura-cadera se ha propuesto como buen predictor de alteraciones secundarias a la obesidad

Los puntos de para el índice cintura-cadera son: más de 0.95 para hombres y más de 0.84 para por su asociación con el riesgo de pre-sentar enfermedades crónicas.⁶⁶ Sin embargo, aún no se ha alcanzado un consenso internacional en cuanto a los puntos de corte y, por lo mismo, la literatura señala cortes diversos para este índice, debido a lo cual estos valores deben tomarse con la debida cautela. En la figura 6 se presenta un nomograma para determinar en forma rápida la proporción entre cintura y cadera.

Además, la acumulación de grasa en forma predominante en la región abdominal se acompaña de una mayor frecuencia de resistencia a la insulina, hipertensión arterial, diabetes y perfiles desfavorables de lípidos.

En los últimos años se ha discutido la conveniencia de utilizar sólo el valor del perímetro de la cintura para identificar el riesgo asociado con la acumulación de grasa en la región abdominal en adultos con un IMC de entre 25 y 34.

En este caso se emplean como puntos de corte de riesgo los valores mayores de 88 centímetros para las mujeres y de 102 centímetros para los hombres, en forma independiente de los valores del IMC, siempre y cuando se encuentren en el intervalo mencionado (tabla 2). No obstante, un aumento en el perímetro de la cintura se asocia también con un mayor riesgo en personas con peso adecuado.

Los puntos de corte para este índice generalmente pueden aplicarse a adultos de todos los grupos étnicos; sin embargo en individuos de estaturas bajas (menores de 1.52 metros) o con IMC p estos puntos de corte pueden no ser aplicables. ⁸¹

81. Ídem.

Es importante considerar que tanto la medición de peso y estatura como la de panículos adiposos y perímetros, requieren de una técnica adecuada, así como de un control de calidad por parte del personal de salud que las ejecute. Edad de inicio de la obesidad y antecedentes familiares.

Es importante conocer la edad de inicio de la obesidad, así como la existencia de padres con obesidad, con el fin de determinar el pronóstico y las metas en la pérdida de peso.

Se ha extendido la creencia de que un individuo no recuerda su peso pasado, pero existen evidencias de que, en general, la mayoría de las personas (que no tengan una distorsión de su imagen corporal, como los anoréxicos) tienen la capacidad de recordar su peso.

Cuando se desea evaluar la percepción de la imagen corporal de un individuo se puede recurrir a un cuadro de somatotipos, como los que se presentan en las figuras 7 y 8 para mujeres y hombres, respectivamente con el fin de que el sujeto identifique su condición pasada y presente entre cinco opciones: muy delgado, delgado, normal, gordo y muy gordo.

Debido al conocimiento de la herencia como factor etiológico de la obesidad, el conocimiento de este dato permitirá trazar con mayor objetividad un plan para la pérdida de peso. Por otra parte, a través del interrogatorio y mediante el uso de las encuestas dietéticas es posible conocer los hábitos alimentarios del paciente y de esta manera identificar los hábitos de riesgo, e incluso los positivos, para reforzarlos.

Es indispensable conocer los gustos del paciente, así como su estilo de vida, para poder dar una orientación alimentaria factible de ser utilizada por un periodo largo y de esta manera permitir la incorporación de conductas aceptables para sus hábitos alimentarios. Identificación de alteraciones y asignación de riesgo

Desde un inicio, es preciso determinar si el paciente asiste a los servicios de salud por una enfermedad específica que es lo más frecuente o si considera a la obesidad por sí sola como un problema de salud. Si existe alguna alteración se requerirá hacer los estudios necesarios, así como la evaluación física y psicológica para su manejo.

El menor riesgo se establece a partir de un IMC por debajo de 25. A mayor IMC, el riesgo se incrementa. Éste puede ajustarse con el empleo del perímetro de la cintura, en particular en los niveles bajos del IMC. Por ejemplo, un perímetro de la cintura de 90 a 100 centímetros en varones, y de 80 a 90 centímetros en mujeres pre menopáusicas, puede acrecentar el riesgo equivalente a un aumento de uno a dos kilogramos por metro cuadrado del IMC.

De manera similar, la presencia de hipertrigliceridemia, bajas concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, hiperglucemia en ayuno, diabetes Mellitus o historias familiares de diabetes o enfermedad del corazón temprana, incrementan el riesgo del sujeto.⁸²

82. *Ibidem.*

Tratamiento

Debido a que el manejo del sobrepeso y la obesidad debe ser integral, el equipo de salud encargado de esta tarea también debe tener esa característica, tal y como lo establece la Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad, ahí se señala que el médico es el responsable del manejo integral; el nutriólogo, del nutricio, y el psicólogo, del psicológico.

El personal encargado de la atención de la persona con sobrepeso o con obesidad debe tener en cuenta los elementos esenciales del tratamiento; es decir, la evaluación del riesgo del paciente y la asignación del tratamiento basado en ese factor y en las preferencias del paciente.

Debido a que la obesidad es una enfermedad crónica cuya prevalencia ha aumentado en forma notable en los últimos años, es importante involucrar al paciente en todas las decisiones y asegurarse que éste establezca un compromiso de largo plazo.

Por otra parte, el personal de salud encargado del manejo de estos enfermos debe mostrar una actitud compasiva de esta condición tan estigmatizada.

Todo paciente obeso sea o no candidato a la farmacoterapia o al tratamiento quirúrgico debe someterse a un tratamiento básico que incluya asesoría, restricción energética, terapia conductual y actividad física.

La meta de cualquier programa de tratamiento básico es integrar comportamientos positivos de alimentación y de actividad física en la vida del enfermo. Los programas deben ser participativos; es decir, involucrar en forma activa al paciente, ya sea en forma individual o en grupo. Todo programa requiere de supervisión cercana del equipo de salud.

Comentar con el paciente el papel de los alimentos en su estilo de vida para reducir de peso de manera inocua y efectiva. Si se dispone del equipo y la tecnología necesarios, determinar la composición corporal del paciente al inicio del tratamiento y en varias ocasiones en el transcurso del programa, con el fin de asegurar la máxima pérdida de tejido adiposo y la mínima pérdida de masa muscular, y así motivar al paciente.

Enseñar al paciente opciones para la preparación de sus alimentos, de tal suerte que sea mínimo el consumo de grasa y aceite. Establecer metas realistas de reducción de peso.

Promover la moderación en la ingestión de ciertos alimentos en lugar de eliminar su consumo. De esta manera se da variedad a la dieta. Hacer ver al paciente que la obesidad es un problema de por vida, que para su control requiere de atención y tratamiento en forma continua.⁸³

83. Ibidem.

Alimentación

El programa alimentario debe ser individualizado y el tratamiento por excelencia será una dieta hipo energética equilibrada, combinada con un programa de cambio de conducta en lo referente tanto a la actividad física como a los hábitos alimentarios.

Por consiguiente, para cualquier tipo de manejo es muy importante hacer énfasis en la modificación necesaria del estilo de vida del obeso, reestructurando sus patrones alimentarios y con la intención de integrar al ejercicio como un componente cotidiano.

Se deben utilizar dietas hipo energéticas equilibradas, en las que la restricción esté basada en el cálculo de la recomendación energética del paciente y en pruebas de ensayo-error, con el fin de encontrar la cantidad de energía total que ese individuo requiere para bajar de peso y mantener esa condición.

Se recomienda que la dieta no aporte menos de mil a 1200 kilocalorías, ya que de otra forma se vería comprometido el aporte de algunos nutrimentos en especial de vitaminas y nutrimentos inorgánicos.

Cuando se indican este tipo de dietas tan bajas en su aporte energético es necesario prescribir suplementos de vitaminas y nutrimentos inorgánicos para sin embargo, vale la pena mencionar que esta práctica no es la más recomendable pues el objetivo del manejo del paciente con obesidad es reeducarlo a fin de que mejore sus patrones de alimentación de manera permanente.

Hay dietas con distinto valor energético, divididas por raciones y por grupos de alimentos. En este sentido se pueden seguir dos conductas:

La recomendación de dietas muy restringidas en un principio, con el fin de obtener un rápido descenso inicial de peso y de esta forma motivar al paciente. Más adelante, incrementar en forma gradual el consumo energético hasta alcanzar el equilibrio donde se igualen el gasto y el consumo, que permita al sujeto mantener el peso alcanzado.

La recomendación de dietas poco restringidas al inicio, con el fin de que el sujeto no experimente sensaciones de angustia y ansiedad por las limitaciones a su alimentación habitual. De manera paulatina, disminuir la densidad energética de la dieta hasta alcanzar el equilibrio ideal.⁸⁴

84. Ídem.

A continuación se presentan algunas recomendaciones para dar un buen servicio a los pacientes en cuanto al manejo nutricional se refiere.

1. Mantenerse actualizado en la literatura médica y nutriología. Leer revistas profesionales con regularidad a fin de contar con información reciente sobre el tratamiento de la obesidad.
2. Enseñar a los pacientes y a los consumidores en general a elegir de manera sana los platillos en donde quiera que se encuentren, sea en la casa, en un restaurante, de viaje, de vacaciones o en circunstancias especiales.
3. Antes de aceptar "el último grito de la moda" en materia de dietas, revisar cuidadosamente su contenido y sus fundamentos.
4. Considerar siempre los principios nutricionales básicos y lógicos, como el que señala que la dieta no debe contener más de 15 por ciento de proteínas y 30 por ciento de lípidos.
5. Emplear un lenguaje sencillo en el trato con los pacientes.
6. Evaluar la pertinencia de las dietas y métodos de reducción. Si tienen alguna o varias de las siguientes características, deben provocar desconfianza.
7. Analizar la dieta en su totalidad en cuanto a energía y balance general de nutrientes.

Actividad física

La meta en el descenso de peso es la pérdida del tejido adiposo, pero en la de los casos aunque la dieta no sea muy estricta y sea equilibrada, también se presenta pérdida de tejido muscular. Es importante promover el ejercicio en el obeso para que la pérdida de peso sea a costa de una disminución de la magnitud del tejido adiposo más que del tejido muscular.

La actividad física moderada practicada con constancia es el mejor predictor del mantenimiento del peso en el largo plazo. En estudios aleatorios se ha encontrado que los individuos que hacen una dieta hipo energética y además realizan ejercicio en forma constante tienen mayor probabilidad de mantener la pérdida de peso que aquellos que solamente siguen una dieta determinada. Además de su papel en el mantenimiento del peso corporal, la actividad física tiene función importante en el tratamiento de la obesidad.⁸⁵

85. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA 2-2005. Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación. [En línea] consultado: [22 febrero 2013]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx>.

Las áreas fundamentales en las cuales la actividad física contribuye a un manejo de la obesidad seguro y efectivo se relacionan con sus efectos sobre el balance energético, la composición corporal, el estado de ánimo y otros parámetros psicológicos, la calidad de vida, el riesgo de enfermedad, la adherencia al manejo del peso, y la distribución de la grasa corporal en sujetos obesos y no obesos.

La actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. En un inicio se sugiere niveles moderados de actividad física de al menos 30 a 45 minutos durante tres a cinco veces por semana. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se haya elegido. Todos los adultos deben fijarse la meta de acumular por lo menos 30 minutos o más de actividad física moderada a lo largo de casi todos y de preferencia todos los días de la semana.

La actividad física permite ejercer ciertos reajustes en el balance energético: por una parte, el gasto mismo de la actividad física, que puede ascender a 1500 o dos mil kilocalorías por semana en un programa de 30 a 45 minutos por sesión y de cinco a siete sesiones semanales; por la otra, se cree que la actividad física tiene un efecto positivo en el gasto metabólico en reposo.

Con relación a la composición corporal, la actividad física tiene un efecto notorio durante el periodo de pérdida de peso pues evita la pérdida de masa muscular que es indeseable, entre otras razones porque disminuye el gasto metabólico en reposo y aumenta la propensión a recuperar el peso perdido, además de que promueve la debilidad muscular.

Cuando se combina la actividad aeróbica con los ejercicios de fuerza y resistencia se mejora aún más la composición corporal pues se promueve un aumento de la masa muscular.

Aspectos psicológicos

Como ya se mencionó, el individuo obeso tiene una conducta alimentaria que si bien no es causa única de su padecimiento, sí ayuda a su permanencia. Por ello, es necesario ofrecerle un apoyo psicológico encaminado a la modificación de su conducta alimentaria.

Las terapias de conducta están diseñadas para ayudar al obeso a cambiar aquellos patrones de alimentación que contribuyen a su exceso de peso. Estas estrategias procuran que el individuo obeso conozca y comprenda el significado que para él tienen los alimentos y aprenda a identificar las conductas perjudiciales, con el fin de tratar de modificarlas.⁸⁶

⁸⁶. D. William: McArdle; I.Frank Katch. Fundamentos de la Fisiología del Ejercicio: 2da edición. Ed. McGraw-Hill, Interamericana; 2000.

Existen diversas escuelas psicológicas que proponen técnicas para la modificación de los hábitos alimentarios de los obesos. Entre ellas, las que han informado tener mejores resultados son las que utilizan los principios de Skinner,⁸⁰ basados en lo que se ha llamado condicionamiento operante, donde se postula que nuestra conducta opera en función del medio ambiente y genera respuestas que retroalimentan nuestros sentidos, reforzando así una conducta a pesar de que no exista una demanda orgánica.

El apetito es un buen ejemplo de este comportamiento, ya que cuando es saciado provoca placer.

En ocasiones, alguna sensación de malestar psíquico puede desaparecer o aminorarse mediante la ingestión de alimentos sin que necesariamente se haya sentido hambre. Con base en lo anterior, se sugiere que una conducta es aprendida y por lo tanto puede ser modificada, por lo que las terapias de conducta en el obeso deben estar encaminadas directamente a:

Fomentar la actividad física lo que también implica un cambio de conducta con el fin de incrementar el gasto de energía y promover un balance negativo de ésta.

La técnica propuesta por Skinner para la modificación de la conducta sugiere la búsqueda de tres condiciones para que la terapia sea exitosa:

1. Los antecedentes de la conducta. Es decir, ¿qué sucedió antes que normó la conducta alimentaria?

La respuesta conductual. ¿Qué sucede en el transcurso de la conducta alimentaria (ingestión), que la modula?

Las consecuencias de la conducta. ¿Qué sucede después de ingerir los alimentos, que refuerza esa conducta?

Antecedentes de la conducta alimentaria. Pueden tener su raíz en etapas muy tempranas de la vida de un individuo o en etapas más tardías en función del ambiente social (circunstancias de trabajo, utilización de tiempo libre, etcétera). Una vez identificados estos aspectos, se podrían seguir tres estrategias.

Reforzar en el obeso las conductas que promuevan un buen hábito alimentario. Hay que recordar que siempre existirá una norma positiva, que al reforzarla modificará la sensación del obeso de que todo lo que hace está mal y por ende hay que cambiarlo.

Respuesta conductual Hay que trabajar con ciertas acciones que normen una conducta positiva hacia la alimentación.⁸⁷

87. Ídem.

Estas pueden ser de dos tipos.

Recomendar que la alimentación sea un proceso más lento. Por ejemplo, sugerir al paciente que torne un bocado a la vez, que entre bocado y bocado coloque los utensilios sobre el plato, que mastique y trague lentamente, que beba líquidos, que platique mientras come, que retrase el inicio de la comida unos minutos después de sentarse, que realce el aspecto social de la comida y promueva la convivencia.

Sugerir que se disfrute la comida. Por lo general el obeso se siente culpable al comer y esto le causa una sensación de angustia que alivia con más comida. Se le debe sugerir que coma con mayor lentitud, y que deguste y disfrute el sabor, la textura, el olor y el color de los alimentos. Los platillos deben ser tan atractivos para él como para cualquier otra persona.

Consecuencias de la conducta alimentaria Se debe restar importancia a las conductas negativas ante las cuales el sujeto obeso cae en la tentación. No es conveniente tomar medidas punitivas en este sentido; por ejemplo, si el paciente rompió el régimen dietético, habrá que tratar de encontrar la causa, con el fin de hacerla consciente.

A la vez, sumar importancia a los logros obtenidos, mediante el reforzamiento de las conductas positivas; por ejemplo, un descenso en el peso.

Tratamiento quirúrgico

El manejo quirúrgico de la obesidad debe ser el último recurso del enfermo que ha probado todos los demás tratamientos sin resultado positivo alguno. También es el método indicado cuando el grado de obesidad es incompatible con la vida social (problemas de movilidad), el IMC es mayor a 40 o peligra la vida del sujeto.

Cuando existen comorbilidades, se recomienda recurrir a la cirugía si la persona tiene un IMC de entre 35 y 40. En esos casos, por lo general el obeso tiene problemas serios de salud que ponen en peligro la calidad y duración de su vida. El manejo quirúrgico en esas circunstancias puede provocar una pérdida de peso notable y sostenida en la mayoría de los pacientes bien seleccionados como candidatos.

Este hecho en sí mismo es suficiente para convencer a los pacientes muy obesos de que vale la pena soportar las molestias y correr los riesgos que implica someterse a una cirugía gastrointestinal, a fin de mejorar la calidad de vida (independientemente de otros efectos no probados, como la reducción de ciertas comorbilidades o la prolongación de la vida).

La ausencia de métodos alternativos capaces de mantener una reducción médicamente significativa de peso también justifica el tratamiento quirúrgico de los pacientes con obesidad grave o mórbida.⁸⁸

88. **Idem.**

V.- Metodología.

5.1.- Estrategia de Investigación: Estudio de caso.

El estudio de caso es una metodología cualitativa descriptiva la cual se emplea como una herramienta para estudiar algo específico dentro de un fenómeno complejo. Las interpretaciones que elabora el estudio de caso, como metodología, se elaboran a través de un proceso progresivo de definición de temas relevantes, recolección de datos, interpretación, validación y redacción del caso.⁸⁹

Permite el entendimiento del entorno biopsicosocial fundamental en el que se desarrolla la vida de cualquier individuo y que señala a la familia como un grupo social en el que el proceso salud-enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud.⁹⁰

5.1.2.- Tipo de estudio. Observacional de caso, Cualitativo Descriptivo.

5.1.3.- Selección del Caso y Fuentes de Información.

La selección de esta familia se realizó después de haber efectuado el estudio de comunidad de AGEB 0090 de la Col. El Ranchito, en la Delegación Xochimilco.

La población del estudio estuvo constituido por 17 manzanas que conforman un total de 1250 personas aproximadamente que habitan en las colonias Laguna del toro, Amalacachico y el ranchito.

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.

89. S.M. Antonio; y cols. Enfermería Comunitaria 2: Epidemiología y Enfermería. Ed. McGraw-Hill/Interamericana; 2000

90. Briones R. << Op. Cit. >> pág. 272.

Se identifico a la familia R. M con problemas de salud, se abordo a la familia y el primer contacto fue realizado por la Sra. Valentina madre de la familia, explicándole las actividades y el propósito de intervención en la comunidad de los estudiantes de Posgrado de Salud Pública de la Escuela Nacional de Enfermería y obstetricia de la UNAM; aceptando con agrado dicho proceso.

Posteriormente se realizó un contrato verbal en el cual se le pidió su núm. telefónico para las siguientes visitas domiciliarias. Se planearon cuatro visitas.

En la segunda visita se aplico la cedula de valoración familiar, estructurada de acuerdo a los requisitos universales de autocuidado de Dorothea Orem, genomapa y ecomapa.

Para la recolección de datos se utilizo un instrumento que conto con ficha de identificación de la familia, composición familiar, historia y estructura de la familia que concluyo, 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 de la salud.

Esta información se complemento con la cedula de captación de datos aplicada con anterioridad a toda la comunidad de este Ageb. Se utilizo 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 4 visitas domiciliarias en donde se llevaron acciones relacionadas con la promoción de la salud, vigilancia de la nutrición abordando temas como Diabetes Mellitus, Familia, cáncer cervicouterino, alimentación saludable, salud sexual, reproductiva, actividad física y actividades recreativas.⁹¹

91. Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto Cuidado. ENEO/UNAM 2012.

5.3.- Consideraciones Éticas y Legales.

5.3.1.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá de acuerdo a:

Artículo 4°.- El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

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

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar.

Toda familia tiene derecho a disfrutar de vivienda digna y decorosa. La ley establecerá los instrumentos y apoyos necesarios a fin de alcanzar tal objetivo.

Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral.

Los ascendientes, tutores y custodios tienen el deber de preservar estos derechos. El Estado proveerá lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

El Estado otorgará facilidades a los particulares para que coadyuven al cumplimiento de los derechos de la niñez.

Toda persona tiene derecho al acceso a la cultura y al disfrute de los bienes y servicios que presta el Estado en la materia, así como el ejercicio de sus derechos culturales. El Estado promoverá los medios para la difusión y desarrollo de la cultura, atendiendo a la diversidad cultural en todas sus manifestaciones y expresiones con pleno respeto a la libertad creativa. La ley establecerá los mecanismos para el acceso y participación a cualquier manifestación cultural.⁹²

92. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.[Internet] [Citado: 22 Enero de 2013]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf>.

5.3.2.- Ley General de Salud.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley Fundamental del Estado Mexicano consagra en el artículo 4 la garantía de la protección a la salud.

El artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, establece las atribuciones de la Secretaría de Salud, entre las que se encuentra actuar como autoridad sanitaria y ejercer las facultades en materia de salubridad general que las leyes le confieren al Ejecutivo Federal, vigilar el cumplimiento de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones aplicables.

La Ley General de Salud, reglamentaria del artículo 4° Constitucional, establece en el artículo 17 bis las facultades de la Secretaría de Salud, que ejerce a través de la Comisión Federal Para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS). para la regulación, el control y el fomento sanitarios en materia de: establecimientos de salud, de disposición de órganos, tejidos, células de seres humanos y sus componentes, de disposición de sangre, medicamentos, remedios herbolarios y otros insumos para la salud, alimentos y suplementos alimenticios, bebidas alcohólicas y bebidas no alcohólicas, productos de perfumería, belleza y aseo, tabaco, plaguicidas y fertilizantes, nutrientes vegetales, sustancias tóxicas o peligrosas para la salud, químicos esenciales, precursores químicos, estupefacientes y psicotrópicos, efectos nocivos de los factores ambientales en la salud humana, salud ocupacional, saneamiento básico, importaciones y exportaciones, publicidad y promoción de las actividades, productos y servicios a que se refiere la Ley y demás disposiciones aplicables, sanidad internacional y en general, los requisitos de condición sanitaria que deben cubrir los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionados con las materias anteriormente descritas, lo anterior de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de su Reglamento.

Así, conforme al citado artículo, a la COFEPRIS le corresponde identificar, analizar, evaluar, regular, controlar, fomentar y difundir las condiciones y requisitos para la prevención y manejo de los riesgos sanitarios, expedir certificados oficiales de la condición sanitaria de procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades relacionadas con las materias de su competencia, emitir, prorrogar o revocar las autorizaciones sanitarias en las materias de su competencia.

Ejercer aquellos actos de autoridad que para la regulación, control y fomento sanitarios se establecen o derivan de la Ley y sus reglamentos, las normas oficiales mexicanas, el presente Reglamento y las demás disposiciones aplicables, aplicar estrategias de investigación, evaluación y seguimiento de riesgos sanitarios, conjuntamente con otras autoridades competentes, imponer sanciones administrativas por el incumplimiento de disposiciones de la Ley, sus reglamentos y demás ordenamientos aplicables. ⁹³

93. Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) [Internet] consultado: [16 noviembre 2013] Disponible en: [http:// www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx)

Determinar medidas de seguridad, preventivas y correctivas, en el ámbito de su competencia, ejercer las acciones de control, regulación y fomento sanitario correspondientes, para prevenir y reducir los riesgos sanitarios derivados de la exposición de la población a factores químicos, físicos y biológicos y participar, en coordinación con las unidades administrativas correspondientes de la Secretaría, en la instrumentación de las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de vigilancia epidemiológica, cuando éstas se relacionen con los riesgos sanitarios derivados de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios o actividades, entre otras.

Se han emitido diversos Reglamentos, entre los cuales se encuentran los siguientes:

El Reglamento de la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos, que tiene por objeto reglamentar el control de las actividades reguladas y la coordinación entre las dependencias competentes para aplicar la Ley Federal para el Control de Precursores Químicos, Productos Químicos Esenciales y Máquinas para Elaborar Cápsulas, Tabletas y/o Comprimidos.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, que tiene por objeto reglamentar el control sanitario de la publicidad de los productos, servicios y actividades a que se refiere la Ley General de Salud.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Sanidad Internacional, que tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, a la observancia de la Ley General de Salud en lo que se refiere a Sanidad internacional.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica.

El Reglamento sobre Consumo de Tabaco, que tiene por objeto proteger la salud de las personas de los efectos nocivos causados por la exposición al humo del tabaco, con la reducción del consumo de éste, principalmente, en lugares públicos cerrados.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios, que tiene por objeto establecer el control, fomento y regulación sanitarios sobre actividades, establecimientos, productos y servicios, a fin de que constituyan una herramienta en la consecución de la salud de la población, estableciendo los mecanismos de vigilancia e inspección de los productos y servicios, con el propósito de evitar un riesgo a la salud de las personas.⁹⁴

94. Ídem.

5.3.3. Declaración de Helsinki

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación de material humano o de datos identificables.
2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
4. El Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).
8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.⁹⁵

95. Asociación Médica Mundial (WMA) [Internet]. Consultado: [16Noviembre 2013] Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

5.3.4.- Código de Ética.

Un código de ética que establezca de manera clara los deberes y obligaciones que guíen el buen desempeño profesional y que expliciten las metas y valores de la profesión.

La ética es una responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad para estar en paz consigo mismo; por lo tanto el profesionista se adhiere a un código de ética por el valor intrínseco que tiene el deber ser y en razón del valor que el grupo de profesionistas le otorgue.

Es importante instituir un código de ética para rescatar los valores identificados en la tradición humanista que inspira el respeto a la vida, la salud, la dignidad, la muerte, el medio ambiente, las creencias e ideas de los demás.

La ética es el estudio filosófico de la moral, dicta normas para determinar lo correcto y lo erróneo, para formarse juicios sobre qué debería hacerse y en beneficio de quien representa los principios filosóficos subyacentes del deber o sea el porqué. Estudia los actos humanos y al hombre como ser libre, y como constructor de su propio destino. La ética exige reflexionar y juzgar individualmente sobre el deber en cada momento y circunstancia concreta, esta responsabilidad es intransferible, ya que cada uno es responsable de sus actos, de sus aciertos y errores morales.

La moral es considerada como el conjunto de comportamientos y normas que algunos suelen aceptar como válidos, porque son los deberes y obligaciones de la sociedad. La palabra moral etimológicamente tiene que ver con las costumbres, también tiene que ver con las disposiciones sociales, que pueden ser esencialmente malas o inmorales por muy válidas y aceptadas que éstas se presenten.

Todos los seres humanos han tenido la experiencia de ejercer la libertad, de ser responsables de sus actos, han vivido la duda cuando se preguntan si uno de sus actos es bueno o malo, saben lo que es un dilema cuando se preguntan ¿se debe hacer esto o aquello? Una vez tomada la decisión, realizan el acto llamado humano, porque fue razonado; estos actos son los que comprometen, porque involucran la voluntad y libertad para decidir, esta característica es exclusiva del ser humano ya que un animal nunca se pregunta si debe hacer tal o cual cosa, simplemente la ejecuta.

La conciencia ética va más allá de la mera conciencia personal, en tanto que juzga a la bondad o maldad de lo hecho y a la bondad o maldad de quien lo hace. Los valores como la paz, el amor, la racionalidad, la justicia, la bondad y la libertad; son universales e inmutables, son grandes puntos de referencia, grandes cauces dentro de los cuales fluye la vida humana en su concreción. Los valores definen los ideales de la profesión, de estos emanan las normas que orientan el comportamiento para una forma más precisa de actuar.⁹⁶

96. Reyes Gomes Eva. Fundamentos de Enfermería: Ciencia, Metodología y Tecnología. Manual moderno; 2009.

El ejercicio profesional de enfermería es una constante interacción con la persona, entiende a un ser humano único y complejo que posee una especial dignidad que la hace fin en sí misma, y no debe ser utilizada como medio, ni reducida a instrumento, por consiguiente tiene la libertad de decidir y de auto determinarse.

A la enfermera lo que la ética le solicita y más aún le exige es que dé un testimonio unánime a través de sus acciones, de lo que son sus convicciones acerca de la dignidad humana.

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 a tener un conocimiento de la situación, que le permita incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas ⁹⁷

97. Antón, A.P, Ética y Legislación en Enfermería, España: Masson; 2003.

VI.- Presentación del Caso.

6.1.- Descripción del caso.

Datos generales familiares

Familia: Romero Maya

Domicilio: calle ciprés # 12 col el ranchito delegación xochimilco, México D, F. Ubicado dentro del Ageb 0090.

6.1.1. Descripción de la Familia.

Son originarios del D.F, está constituida por 5 integrantes, es una familia funcional y nuclear, está dentro de un subsistema individual y fraternal, se encuentra en un ciclo vital familiar con hijos independientes, profesan religión católica, celebran fechas de acuerdo a su religiosidad y creencias como son: el 12 de diciembre donde adoran a la virgen de Guadalupe, viven la navidad en familia, ausencia del el amor, respeto, la responsabilidad, tolerancia, cada quien vive en lo suyo, rara vez manifiestan su amor y afecto a través de abrazos, y sus enojos los expresan con caras y expresiones desagradables como valores fundamentales.

Existen hábitos higiénico dietéticos individuales y del grupo, hábitos inadecuados en relación a la alimentación que genera problemas de salud sobre todo en la Sra. valentina maya la cual es diabética, y con un grado de obesidad mórbida.

En cuanto a la actividad física y recreación la mayoría de los integrantes son sedentarios, acostumbran dormir sus 8hrs como mínimo, se mantiene el orden y limpieza del hogar la mayoría de las veces por la señora valentina. tienen límites, normas y reglas flexibles dentro del hogar, en el cual el desempeño del rol parental es democrático, manejan el horario y permisos en relación a las fiestas.

Familia desvinculada en el nivel 1 de cohesión, según apgar familiar. y muy poca adaptabilidad al cambio, no existe un tiempo específico para compartir solo con la familia, manteniendo una mala dinámica familiar, el padecimiento de la señora valentina causa ansiedad, temor.

Se percibe aislamiento social, refiere no tener convivencia con los vecinos. ⁹⁸

98. Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto cuidado. ENEO/UNAM 2012.

6.2.- Antecedentes Generales de la Persona Índice.

R.M.V. Femenino, de 48 años de edad.

Ginecoostetricos. G-II, P-II, A-0, C-0, Menarca: 12 años, IVSA: 19 años, actualmente en etapa de climaterio. Antecedentes dietéticos: antes de la incorporación a la clínica de obesidad; Hábitos Alimenticios: ingesta de frutas y verduras 3x7, carne roja, 2x7, carne blanca, 2x7, huevo, 7x7, embutidos 5x7, lácteos 5x7, cereales y harinas 7x7, grasas (aceites y manteca) 7x7, ingiere 4/24 de agua hervida.

Desayuno: a las 10:00 am, café, huevos con jamón o con salchicha o guisado del día anterior con arroz 7 tortillas, pan de dulce 1 o 2 piezas, frijoles o un sándwich.

Comida: 15:30 pm, a base de sopa, arroz, o dos raciones de guisado, agua de sabor y 5 veces por semana refresco, tortillas en variable cantidad.

Merienda: 18.30 pm, guisado de la comida, refresco. Frutas 3 veces a la semana

Cena: 9:00 pm, 1 vasos de leche liconsa o 2 tazas medianas de café, 2 raciones de pan dulce, guisado con 4 tortillas.

Habitación: duerme en una recamara pequeña con su pareja, con deficiente ventilación e iluminación, convive con 4 perros.

Hábitos higiénicos personales irregulares.

Uso de tiempo libre: ver televisión y Vida sedentaria, duerme de 8-10 hrs diaria aproximadamente.

Problemas de salud:

Enfermedades quirúrgicas interrogadas y negadas. Niega traumatismo, alergias y transfusiones de sangre. Actualmente con un IMC: 40.1 que la ubica con Obesidad Mórbida, asociada a la adopción de malos estilos de vida; así mismo es Diagnosticada con D.M-2 hace 5 años, Por el momento sin complicaciones de D.M-2, refiere llevar 3 meses en la clínica de obesidad y cirugía bariátrica del hospital general “ Dr. Manuel Gea González” ya que cumple con los criterios de selección, mantiene buen control glucemico.⁹⁹

Tratamiento farmacológico:

Metformina 1 tableta 850mg, C/24hrs

Gibenclamida 1 tableta 10mg C/12 hrs.

99. Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto cuidado. ENEO/UNAM 2012.

VII.- Aplicación del Proceso Atención de Enfermería.

7.1.- Valoración Familiar.

7.1.2.- Composición Familiar e Historia Familiar.

Está conformada por el Sr Antonio Romero Cortez de 53 años de edad que cumple el rol de padre y principal proveedor de recursos para la familia con ocupación mecánico escolaridad de tercer año de primaria, no cuenta con seguridad social y prefiere utilizar servicio médico privado, tiene una vida sedentaria, en su tiempo libre apoya en las labores y mantenimiento del hogar, tiene inadecuados hábitos alimenticios debido a sus largas jornadas de trabajo, No tiene cultura en su auto cuidado en relación a la salud.

La señora valentina maya de 48 años de edad, cumple con el rol de madre, dedicada al hogar y es la encargada de todas las actividades domesticas, escolaridad de 4to de primaria, utiliza los centros de salud y hospitales del gobierno del distrito federal. Solo camina como ejercicio físico, no participa en grupos sociales, como antecedentes patológicos refiere vivir con Diabetes Mellitus desde hace 8 años actualmente controlada, tiene obesidad Mórbida, refiere a veces sentirse triste y sola, tiene que acudir a su control sola debido a que los demás integrantes tiene otras ocupaciones, lo que ella desea es que la familia se involucre mas con su padecimiento, se percibe un déficit de autocuidado personal, manifiesta no haberse realizado Detección Oportuna de Cáncer Cervicouterino, Detección Oportuna de Cáncer de mama en 4 años consecutivos.

Luz María R.M. DE 27 años de edad, cumple con el rol de hija y madre soltera, ocupación pasante de la Lic. En biología, sus padres la mantienen a ella y al niño de 2 años de edad. Cuenta con hábitos dietéticos inadecuados, manifiesta no haberse realizado la prueba de Papanicolaou desde que nació su bebe, continua con vida sexual activa segura y de manera responsable. Se percibe desapego del niño, refiere que no convive mucho con el pequeño debido a las actividades que realiza y su mama es la que se hace cargo de los cuidados del pequeño, mantiene una hipo actividad física.

David romero maya de 22 años de edad , soltero, cumple el rol de hijo estudiante de 4to semestre de sociología, el cuenta con servicio médico proporcionado por la escuela, lo que le da ser derechohabiente al Instituto Mexicano Seguro social, refiere no tener una cultura de su salud y solo acude a este servicio cuando se siente muy enfermo, las acciones preventivas en salud, solo son las que se llevan a cabo en las escuela, lleva una vida sexual activa con protección, conoce la utilización de condón, por el momento no desea ser papa, como actividades recreativas y de esparcimiento se encuentra en un grupo de baile folklórico y futbol, practicando solo los fines de semana, refiere alcoholismo social. Niega toxicomanías. Manifiesta dormir solo 5-7 hrs diaria. Manifiesta no conocer bien el padecimiento de su mama y como poder ayudar. ¹⁰⁰

100. Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto cuidado. ENEO/UNAM 2012.

7.1.2.- Estructura de la Vivienda.

Actualmente la casa que habita la Familia R.M. es propia cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, cuenta con 5 cuartos separados solo es de una planta, se percibe temperatura baja, se encuentra con ventilación inadecuada, con 3 ventanas los techos son de cemento y muros de tabique con acabados. No tiene zaguán delimitando su casa con maya metálica, el patio se encuentra con cemento, la vivienda es amplia, donde se encuentra sala comedor cocina dentro de la misma y un baño en la parte exterior de la vivienda, se observa una casa en proceso de construcción.

La vivienda se encuentra ubicada en una colonia en proceso de urbanización y con asentamiento irregular, existe algunos lotes baldíos otros con casas en construcción habitados y otras deshabitadas la calle se encuentra sin pavimentar y con cruce de canales de agua, que predispone a la comunidad y la familia a zoonosis por fauna nociva, el acceso a la zona es difícil pues solo se puede ingresar a la colonia caminando, no hay alguna ruta de transporte público en este lugar.

7.1.3.- Estructura Familiar

Proceso de Comunicación

La comunicación de la familia se encuentra alterada en relación al estado de salud de la Señora Valentina, debido a no haber involucramiento de los integrantes por falta de tiempo, actividades fuera del hogar del padre y de los hijos.

Estructura del rol y del poder.

El Sr Antonio juega el papel de jefe de familia por ser el proveedor económico, las decisiones en cuanto a la enfermedad de la Sra. Valentina no hay mucho involucramiento; en cuanto a la Sra. Valentina, madre dedicada al hogar.

7.1.4. Funciones Familiares.

Función afectiva.

Se observa un distanciamiento entre los hermanos, por las diferentes actividades laborales fuera de casa la Sra. Valentina refiere que su esposo ya llega muy tarde de trabajar y no tiene comunicación ni convivencia con él, si a caso los fines de semana. ¹⁰¹

101. Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto cuidado. ENEO/UNAM 2012.

Función Reproductora.

La Sra. Valentina, refiere que se le realizó la salpingoclasia hace aproximadamente 5 años, solo tuvo 2 hijos, por parto fisiológico, su hija Luz de 27 años, es madre soltera tiene un niño de 2 años de edad, por cesárea, actualmente con vida sexual activa, utiliza DIU y preservativo desde hace 1 año. David de 22 años tiene vida sexual activa con protección, utiliza como método de planificación familiar el preservativo, no desea tener familia por el momento.

Función Económica.

Los gastos de la familia corren a cuenta del Sr Antonio, la situación es delicada y refiere sentirse un poco presionado ya que los 2 hijos asisten a la universidad, y aparte tiene que cubrir los gastos médicos de la esposa cuando no hay medicamento en el centro de salud, así como mantener a su nieto. Teniendo un ingreso mensual de \$ 3000 pesos mensuales. De los cuales \$ 350 pesos semanales se destinan para la alimentación.

Función de Atención a la Salud.

La Sra. Valentina y el Sr Antonio, no cuentan con seguridad social; asisten de manera esporádica a los centros de salud y Hospitales del Gobierno del Distrito Federal. Aunque también utilizan servicio médico particular, los hijos cuentan con servicio médico facultativo otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México, lo que les da derechohabencia al Instituto Mexicano Seguro Social. Refieren hacer uso esporádico aproximadamente 1-2 veces al año de manera curativa o sola para realizar, trámites administrativos y no de manera preventiva.

102

DATOS DE SALUD DE LA FAMILIA R.M.								
EDAD	PESO	TALLA	*I.M.C	*F/R	*F/C	*T/A	*TEMP	ESQUEMA INMUNIZACIONES
53	110	1.63	41	27	74	120/80	36.8	COMPLETO
48	75	1.64	27.8	22	72	120/80	36.2	INCOMPLETO
26	65	1.71	22.4	20	67	110/70	36.5	INCOMPLETO
22	62	1.58	24.8	22	70	110/70	36.5	COMPLETO

102. Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto Cuidado. ENEO/UNAM 2012.

*I.M.C: Índice de Masa Corporal.

*F/C: Frecuencia Cardíaca.

*F/R: Frecuencia Respiratoria.

*T/A: tensión Arterial.

- *TEMP: Temperatura corporal.

7.2.- Jerarquización de Diagnostico de Enfermería.

Diagnostico 1

Desempeño Inefectivo del Rol del Cuidador relacionado con la enfermedad de la Sra. Valentina, manifestado por falta de involucramiento de la familia.

Diagnostico 2

Deterioro de la comunicación verbal, relacionada con, relaciones personales deficientes, Manifestado por: discusiones “subidas de Tono” y muy baja cohesión entre los miembros.

Diagnostico 3.

Sedentarismo Familiar, relacionado con la carencia de interés a la Actividad Física, manifestado por bajo nivel de involucramiento en actividades de bajo impacto.

7.3. Plan de Cuidados de Enfermería

<p>Nombre de la Familia: R. M. Fecha: _Noviembre 2012 Diagnóstico de Enfermería: Desempeño Inefectivo del Rol del Cuidador R/ con la Enfermedad del paciente, M/ por falta de Involucramiento de los Familiares. Requisito alterado: <u>Desviación de la salud.</u></p>		
Intervención de Enfermería	Apoyo al Cuidador Principal	Fomentar La Implicación Familiar
Actividades de Enfermería	<p>1.-Se determinara el nivel de conocimientos de los familiares en relación a la diabetes. 2.- Se estudiara junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. 3.- Se enseñaran técnicas de cuidado para mejorar la seguridad y salud del paciente. 4.- Se promoverá una red social de cuidadores en las diferentes instituciones de salud (grupos de ayuda mutua).</p>	<p>1.- Establecer una relación personal con el paciente, y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. 2.-Identificar los recursos, habilidades motivación, y el deseo de prestar los cuidados de los familiares. 3.-Identificar la falta de autocuidado de la paciente. 4.-Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.</p>
Fundamentación	<p>La familia constituye la primera red de apoyo. Siendo el principal recurso de promoción, protector de salud, prevención de la enfermedad y sus secuelas. Las redes de apoyo de que dispone una persona influyen en su salud de forma determinante: proporcionando satisfacción, mejora la autoestima, e influye en los comportamientos repercutiendo positivamente en su salud.</p>	<p>En quienes ofrecen los cuidados: favorecen el crecimiento personal, pues se adquieren conocimientos relacionados con la salud y la enfermedad. La O.M.S. 1983” grupo de personas que comparten un problema de salud y se unen para mejorar su salud”.</p>
Resultados	<p>Los integrantes de la familia se comprometen a organizarse y acompañar a la Señora Valentina tanto a la clínica de obesidad del Hospital “DR. Manuel Gea González”; como a los grupos de ayuda mutua del centro de salud.</p>	

Claves del Sistema de Enfermería: (X) Apoyo Educativo.

Plan de Cuidados de Enfermería.

Nombre de la familia: R. M.		Fecha: Noviembre 2012.
Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la comunicación verbal, relacionada con, relaciones personales deficientes, Manifestado por: discusiones “subidas de Tono” y muy baja cohesión entre los miembros.		
Requisito alterado: Mantenimiento del Equilibrio entre la Soledad y la Interacción Social		
Intervención de Enfermería	Entrenamiento de la Afectividad	Fomentar estrategias de afrontamiento a agentes estresantes mediante; los mecanismos de defensa familiar.
Actividades de Enfermería	<p>1.- Ayudar a la familia a diferenciar entre conductas afirmativas, agresivas y agresivas pasivas.</p> <p>2.- Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto.</p> <p>3.- Promover la expresión de pensamientos y sentimientos tanto negativos como positivos.</p>	<p>1.-Fomentar las oportunidades de práctica mediante la discusión, modelación y el juego de roles.</p> <p>2.-Apoyar a la familia, implicándola en la resolución del problema de salud; para la toma de decisiones.</p> <p>3. promover y fortalecer, conocimientos, habilidades, actitudes relacionadas con la salud y el cuidado.</p>
Fundamentación	<p>Asertividad. Es una técnica de habilidades sociales. Significa defender los derechos de uno sin agredir los derechos de los demás.</p> <p>Empatía: La empatía es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando</p>	<p>Los acontecimientos estresantes, actúan como fuerzas negativas que pueden llevar a la familia a la disfunción, lo que provocara una situación de crisis, en la que aparecerán dificultades para resolver los problemas que a la familia se le planteen.</p> <p>Tareas de desarrollo. La familia debe realizar un conjunto de tareas, dependiendo de la etapa del ciclo vital en que se encuentre, para favorecer el desarrollo de la familia.</p>
Resultados	<p>La familia se compromete a mantener un afrontamiento asertivo de sus problemas, a ser más tolerantes y apoyarse mutuamente en las labores de la casa.</p> <p>Buscar aéreas de acuerdo y expresarse con empatía.</p>	

Claves del Sistema de Enfermería: (X) Apoyo Educativo

Plan de Cuidados de Enfermería

<p>Nombre del paciente: M.R.V. Edad: 48 años Sexo: Femenino Fecha: Noviembre 2012. Diagnóstico de Enfermería: Sedentarismo R/C la carencia de interés a la actividad física. M / por bajo nivel de involucramiento en actividades de bajo impacto. Requisito alterado: Mantenimiento del Equilibrio entre la Actividad y el Reposo.</p>		
Intervención de Enfermería	Enseñanza: Ejercicio Prescrito.	Fomento de Ejercicio
Actividades de Enfermería	<p>Informar al paciente de los beneficios para la salud y efectos psicológicos del ejercicio. Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria/ estilo de vida. Incluir a la familia en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</p>	<p>Animar a la Sra. Maya a empezar y continuar con el ejercicio. Realizar ejercicio aeróbico de baja intensidad, nadar, caminata. Comenzar con un tiempo total de 5 minutos. Aumentar 1-2 minutos del tiempo total por semana La meta es al menos llegar a 15-20.</p>
Fundamentación	<p>El ejercicio físico es importante para mantener la condición física, y contribuye al mantenimiento de un peso saludable, al desarrollo y mantenimiento de la densidad ósea, fuerza muscular y movilidad articular; promueve numerosos procesos biológicos, metabolismo y sistema inmune.</p>	
Resultados	<p>Percepción positiva por parte del paciente. Se sensibilizo a la familia para mejorar sus estilos de vida y su salud. Comprometiéndose a iniciar con caminata diaria de 30-45 minutos. Ejercitarse al menos tres veces a la semana como inicio.</p>	

Claves del Sistema de Enfermería: (x) Apoyo Educativo.

7.5.- Evaluación del Proceso.

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. Sin embargo el tiempo fue un factor limitante para llevar el seguimiento en cuanto al logro de algunos objetivos debido al corto tiempo de las prácticas, y falta de tiempo de los integrantes de la familia por sus actividades laborales.

Durante las sesiones recibidas se observó una modificación emocional y conductual en los integrantes de la familia, se logró sensibilizar a la familia sobre la adopción de estilos de vida saludables, en la última visita se mostró agradecida y comprometida.

Se acordó cambiar siete puntos para modificar estilo de vida, estos son:

1. levantarse una hora antes de su horario normal.
2. realizar 30 minutos de actividad física.
3. Incrementar la ingesta de frutas y cereales principalmente en el desayuno.
4. A media mañana y a media tarde tomar un descanso de 20 minutos, mientras se ingerir una colación.
5. almorzar ensaladas o comidas bajas en grasa y reemplazar el vino o las bebidas gaseosas por agua natural.
6. Organización del tiempo y actividades cotidianas relacionadas a la ingesta de colación.
7. Al llegar a su casa disminuir las horas frente al televisor, y salir por salir a caminar para compartir más tiempo con la familia sobre todo con la señora valentina.

El presente estudio, facilitó la comprensión de los motivos que tuvieron los integrantes para actuar de una determinada manera, resultó motivador tanto para la familia intervenida como para el estudiante.



VIII.- Plan de Alta de Enfermería

Ficha de Identificación.

Nombre de la Familia R.M. / Enfoque al Caso Índice. R.M.V.		Edad: 48 años
Sexo: Femenino	Fecha de Nacimiento: 02-11-1965	Teléfono: s/n
Problema Interdependiente: Obesidad Mórbida/ Diabetes.	Ocupación: hogar Escolaridad: Quinto grado primaria Incompleta.	Domicilio: Ciprés # 62 colonia el ranchito, Delegación Xochimilco.

Comunicación.

Se le invita acudir al grupo de ayuda mutua del C.S. Xochimilco. Este grupo está conformado tanto por pacientes como familiares, ahí se promueve la adopción de hábitos de vida saludable para la detección, control y disminución de riesgo a presentar complicaciones; además, se le realizara control médico, se le brindara capacitación para un plan nutricional, tratamiento correcto, y la integraran a una rutina de actividad física.

Urgente. Identificar Signos de Alarma.

Signos de alarma de hipoglucemia. Ansiedad, irritabilidad, Temblor, sudor frio, palpitations, sueño, palidez, vista borrosa, hambre. Dificultad para pensar hablar, debilidad, mareos, confusión, somnolencia. Pies: enrojecimiento, heridas, ampollas, perdida de la sensibilidad, cambio de color.

Información.

Autocontrol todos los días de su diabetes a través de 4 pilares del tratamiento:
 1. Plan de alimentación. 2. Farmacoterapia. 3. Actividad física. 4. automonitoreo. Comer bien lo ayudara a: lograr y mantener un peso adecuado para su cuerpo. Mantener la glucosa en un intervalo adecuado. Prevenir complicaciones crónicas de la D.M. Cuidados de los pies: lávelos con agua templada, séquelos bien en especial entre los dedos, mantenga la piel hidratada, mantenga las uñas limpias y cortas, haga uso de calzado adecuado, y calcetines que le opriman, nunca camine descalzo. Beneficios de la actividad física: Ayuda a disminuir los niveles de glucemia en sangre durante y después de su realización. Mantiene un peso saludable, Facilita el trabajo de la insulina, haciéndola más efectiva, Fortalece la actividad cardiaca, Disminuye los valores de colesterol y triglicéridos en sangre, mejora el estado físico y la autoestima. Es el descenso de la glucemia por debajo de los valores normales. Arbitrariamente podemos tomarla como valores debajo de los 50 mg/dl.

Dieta.

Consumir alimentos con un contenido bajo en grasas, sal y azúcares y alto en fibras. Evitar azúcar, dulces, mermeladas, porque se absorben rápidamente y pueden aumentar el azúcar en sangre. Embutido (salchichas, jamón, chorizo, etc. Carnes grasas, manteca margarina, y otros alimentos con mucha grasa porque dañan las arterias. Evitar hidratos de carbono simples: azúcar, dulces, miel, jugo de frutas naturales, gaseosas, golosinas. Alimentos ricos en fibra: frutas y verduras crudas con cascara, cereales integrales y legumbres, consumir carnes magras: vacunas, pollo, sin piel y pescados magros son un excelente aporte de hierro y proteínas de alto valor biológico. Productos sin gluten. Consumir los lácteos descremados en cantidades controladas (leche, yogurt y queso). Moderar el consumo de huevo hasta 3 unidades por semana. Preferir cereales y derivados integrales: arroz, pan, condimentar con aceites de origen vegetal ya que carecen de colesterol y aportan vitamina e y ácidos grasos esenciales, moderar el consumo de sal, utilizar en su lugar hierbas de olor, ingerir abundante cantidad de liquido al menos 2 litros diarios.

Ambiente.

Medidas para evitar fauna nociva: ratas, moscas, moscos, cucarachas, piojos, chinches. Mantener patios limpios evitando la acumulación de chatarra y desechos. Tapar los recipientes donde se guarda el agua, evitar la presencia de tiraderos a cielo abierto, evitar arrojar basura en los canales de agua. Almacenar la basura en depósitos con tapa, eliminar agua acumulada, cortar las ramas de los arboles que crecen cerca de la casa. Hervir o clorar el agua 2 gotas por cada litro de agua, lavar y desinfectar frutas y verduras, utilizar agua potable.

Recreación.

Buscar una distracción diversión que más le agrade y como considere necesario se recomiendan las siguientes áreas de la recreación: el arte, la cultura, la música, el baile, la lectura, difusión, el servicio a la comunidad, los deportes, los juegos, la vida al aire libre, entre otras.

Medicamentos y Tratamientos No Farmacológicos.

Nombre del Medicamento	Dosis	Vía	Horario	Reacciones Adversas
Glibenclamida	10mg	oral	1tableta /12hrs	Náusea, vomito hiperacidez gástrica, estreñimiento diarrea.
Metformin	850m g	oral	1 tableta / 24 hrs	Náusea, vómitos, anorexia, acidosis láctica.

Procedimiento	Hora y fecha	Recomendaciones.
Ejercicio aeróbico Caminata, actividades ocupacionales, recreativas en las casa de cultura o delegación de la comunidad.	Horario abierto/ 3 veces a la semana mínimo 30 min diarios.	Medir la glucosa en sangre después del ejercicio, Ingerir una colación con hidratos de carbono si la glucemia es < 100 mg/dl. Comer algo extra antes, durante y después del ejercicio, si la glucemia es > 250mg7dl no realizar la actividad física. Llevar sobrecitos de azúcar o tabletas de glucosa, Tener una tarjeta identificadora que informe que es diabético. Utilice un calzado deportivo cómodo seguro para sus pies con medias de algodón absorbentes

Espiritualidad.

Mantener apego a según valores y creencias familiares.
--

Educación Para la Salud.

Componente	Actividad por grupo Etéreo
	20-59 años.
Promoción a la Salud.	Hábitos higiénico- dietéticos y estilos de vida saludables, actividad física, salud bucal, salud sexual y reproductiva, infecciones de transmisión sexual. Signos de alarma y complicaciones de Diabetes Mellitus tipo dos, Hipertensión Arterial Sistémica, obesidad.
Nutrición	Somatometria, evaluación del estado nutricional, promoción de alimentación saludable.
Prevención y Control de enfermedades	Neumococcica 23 Valente, Influenza, Toxoide Diftérico. Estomatología preventiva, entrega informada de condones.
Detección de Enfermedades	Medición de glucosa en sangre, presión arterial, se indica cómo realizar su autoexploración de mama y se hace énfasis en acudir a que se le realice su prueba de Papanicolaou. Solicitar estudios de laboratorio de control con su médico tratante.
Salud reproductiva	Orientación: Signos de alarma del climaterio y menopausia, terapia de remplazo hormonal. Enfermedades de Transmisión Sexual.

XI.- Conclusiones.

Una de las funciones de la Enfermera en Salud Pública; es proporcionar atención especializada a la familia, con la finalidad de cubrir las necesidades de salud, promoviendo el auto cuidado y facilitando el conocimiento para disminuir factores de riesgo que pongan en peligro su salud.

En base a lo anterior, 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.

El presente estudio me permitió identificar a la paciente índice que se encontraba en un estado de depresión, baja autoestima y ansiedad; los cuales eran factores que impedían una pérdida de peso exitosa debido al abuso de alimentos de alto contenido calórico durante los episodios de estado de ánimo negativo. sin embargo, los cambios durante las visitas fueron positivas, las intervenciones de enfermería especializada ayudaron a modificar algunos aspectos; a si mismo se sensibilizo a los integrantes de la familia para que adquieran un papel activo en su cambio de conducta y que la paciente reconozca la necesidad de reducir peso.

La intervención de enfermería en la familia tiene un gran impacto educativo porque se fortalece la formación teórica práctica, permite el desarrollo de habilidades cognitivas conductuales tanto en la familia como en el especialista en salud pública.

Por lo anterior se puede concluir que: La intervención de enfermería en la familia tiene un impacto positivo; ya que Permite conocer a la familia en su propio entorno, y también permite conocer a sus integrantes en forma individual.

Por otra parte, le da más seguridad a las personas, pues las intervenciones se realizan en terreno conocido, en su ambiente cotidiano, que le permite desenvolverse con más soltura y quizás de esta forma interiorizar de forma más efectiva y provechosa, la atención requerida en el domicilio, que además produce una gran satisfacción laboral, al palpar los resultados obtenidos, como también personal, por el logro de una relación realmente enriquecedora, en la que el profesional de enfermería pone en práctica el arte de trabajar en forma integral con el más valioso, noble y complejo material: las personas.

X.- Sugerencias.

La repercusión, que para la salud familiar pueda tener cualquier evento, puede ser de diferentes magnitudes; desde muy severa, hasta leve, y puede afectar diferentes áreas de la familia como su funcionamiento, su integración social, la convivencia, la salud de sus miembros, los recursos económicos y hasta el propio modo de vida de la familia.

Es por ello que se sugiere el estudio de caso, como opción de titulación ya que tiene un acercamiento con la realidad, la comprensión de fenómenos, hechos sociales, permite familiarizarse con las necesidades del entorno, sensibilizarse ante la diversidad de contextos y diferencias personales, además, adopta un enfoque integrador fortaleciendo la formación teórico-práctica. Siendo una experiencia enriquecedora tanto para la familia intervenida como para el especialista en salud pública.

Le permite al alumno, desarrollar habilidades cognitivo - conductuales tales como:

- ✓ El pensamiento crítico.
- ✓ La observación, la comparación, análisis, síntesis, la interpretación inductiva deductiva, y evaluación de la información.
- ✓ La habilidad para trabajar en grupo y la interacción con otros.
- ✓ El entrenamiento dinámico de la autoexpresión, reflexión, la comunicación oral y escrita.
- ✓ Actitudes y valores como la innovación y la creatividad.
- ✓ Capacidad de identificar y resolver problemas.
- ✓ La toma de decisiones.

Bibliografía.

1. Antón, A.P, *Ética y Legislación en Enfermería*, España: Masson; 2003.
2. Asociación Médica Mundial (WMA) [Internet] Consultado: [16Noviembre 2013] Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
3. Banco Mundial. "Obesidad en América Latina" [en línea]. Consultado. [26 de Enero de 2013]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/>
4. Briones R. Rosendo. *Salud Pública y Medicina Preventiva*. Ed. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2010.
5. Bulecheerk. G, McCloskey J. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. (NIC). 4ª.Ed; España: Elsevier Mosby; 2009.
6. Caja López Carmen. *Enfermería Comunitaria*. 2da. Ed. Masson, 2003; pág, 14, 15.
7. Cavanagh, Stephen J." *Significado de Enfermería*".Cap.1; En: *Modelo de Orem aplicación práctica*. Edit. Científicas y Técnicas, S.A. Massson -Salvat 1993.
8. *Cedula de Valoración Familiar del Déficit de Auto Cuidado*. ENEO/UNAM 2012.
9. Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) [Internet] consultado: [16 noviembre 2013] Disponible en: [http:// www.cofepris.gob.mx](http://www.cofepris.gob.mx)
10. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, [Internet] [Citado: 22 Enero de 2013]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf>.
11. D. William: McArdle; I.Frank Katch. *Fundamentos de la Fisiología del Ejercicio*: 2da edición. Ed. McGraw-Hill, Interamericana; 2000.
12. De la Revilla L. *Concepto e instrumentos de la atención familiar*. Ed. Doyma S.A. Barcelona.; 1994.
13. Dorantes Cuellar Alicia Yolanda; Cristina M, Sibaja: *Endocrinología clínica ed., Manual Moderno*, 2004.pag.245-247.
14. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (ENSANUT-2006)* [En línea] publicado: Dic. 2007 [Citado: 26 Enero 2013] Disponible en: http://www.insp.mx/ensanut/resultados_ensanut.pdf
15. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2012)* [En línea] Publicado: Dic.2012. [Citado: 26 Enero 2013] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/index.php>
16. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Antología. sociedad salud y Enfermería*, UNAM; 2006.
17. Frías Osuna Antonio. "Enfermería Comunitaria". Barcelona: Masson s.a; 2000.
18. F.Del Rey Cristina.;L. Mazarrasa. A. Et al. *La familia y la clase social. Enfermería comunitaria*, 1. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana; 2000; pag, 310- 312.

19. García García Eduardo, De la Llata-Romero Manuel, Kaufer-Horwitz Martha, Tusié-Luna María Teresa, Calzada-León Raúl, Vázquez-Velázquez Verónica et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: una reflexión. Salud pública Méx. [Internet]. Dic. 2008 [citado 22 Enero 2013]; 50(6): 530-547. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php>.
20. Griffith, W. Janet. Proceso atención de enfermería, aplicación de teorías, guías y Modelos. Ed. Manual Moderno. 1992.
21. Herrera Santí Patricia María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 1997 Dic [citado 22 Enero 2013]; 13(6): 591-595. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
22. Instituto mexicano Seguro Social (IMSS). Programas Integrados de Salud [en línea] [Consultado: 23 Feb. 2013] Disponible en: <http>
23. J. Salvador.L.R; Martha. L. Serrano. "Guía de valoración Enfermera de la Familia" 2001.
24. Jaes Falicov Celia, Transiciones de la Familia "continuidad y cambio en el ciclo de vida" amorrort editores buenos aires; 2000.
25. Kérouac, S. El pensamiento Enfermero, ed. Masson, España. 2001 p. 25.
26. L. Wesley Rubí. Teorías y Modelos de Enfermería. 2da Ed. McGraw-Hill interamericana; 2002.
27. Louro Bernal Isabel. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2003 Mar [citado: 22Enero2013]; 29(1):48 51.Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
28. Mariano G. Martín; "Respuesta metabólica al ejercicio". Revista Buenos Aires [en línea] Noviembre de 2000 [citado: 22 de Enero de 2013] Año 5. N° 27. Disponible en: <http://www.efdeportes.com>
29. Marriner A; M. Raile. Modelos y teorías de enfermería. 3. ed. Madrid: Elsevier Science; 2002.
30. Marriner Ann. El proceso atención de enfermería un enfoque científico. 2da Ed. Manual Moderno; 2000.pag. 1-4.
31. Mazarraza Alvear. L ; et al. Salud pública y Enfermería comunitaria. 2a. ed. McGraw-Hill. Interamericana; 2003.
32. Medina Castellano Carmen Delia, Ética y legislación. 1a Ed. Ediciones. d.a.e; 2000.
33. Modelo de Orem Conceptos de Enfermería en la práctica. 2ta ed. Científicas y Técnicas, s.a. Barcelona España: Massson- Salvat; 1993.
34. Modelo de orem. Aplicación práctica. Barcelona España. Ed. Masson-salvat; p.4.
35. Moorhead. S. Johnson M; Mass. M.Swason.e. Clasificacion de Resultados de Enfermería.4a.Ed; España. Elsevier Mosby; 2009. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros 2007-2008. España: Elsevier Mosby; 2008.
36. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA 2-2005. servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación.[En línea] consultado: [22 febrero 2013].Disponible en: <http://www.dof.gob.mx>.
37. Norma Oficial Mexicana. NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Diario Oficial de la Federación. [En línea] 04-agosto-2010. [citado: 22-Enero-2013] disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php.

38. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el Manejo Integral de la Obesidad. Diario Oficial de la Federación [en línea] 12 de abril de 2000 [citado: el 22 de enero 2013] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>.
39. Norman Lavín. Manual de endocrinología y metabolismo 4.a. Ediciones. Lippincott Williams y Wilkins; 2009. Pág. 535.
40. Ostiguin Meléndez Rosa Ma.; Velázquez Hdez. S. Teoría General del Déficit de Autocuidado . Manual Moderno; 2001. pág. 27-43.
41. Organización Mundial de la Salud. (O.M.S.) Obesidad y Sobrepeso [En línea] Publicado: Mayo 2012. [Citado: 27 Feb. 201] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
42. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Obesidad y Economías de la prevención. [En línea] [Citado: 22 enero de 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico/medios>
43. Organización de Naciones Unidas (ONU). [En línea] [citado: 23 Feb. 2013] Disponible en: <http://www.un.org/es/globalissues/fami>
44. Organización Mundial de la Salud (OMS). [En línea] [citado: 23 Feb. 2013] Disponible en: <http://www.who.int/topics/es/>
45. Philip Felig, M.D.; JohnD. Baxter, M.D. Endocrinología y Metabolismo. McGraw-Hill interamericana; 1983. pág.-951-953..
46. R. Guzman Juan; LyraRuy. Diabetes Mellitus: visión latinoamericana. Guanabana. ed. AC Farmacéutica; 2009, Pag, 297-300.
47. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22va. ED. Editorial Espasa Calpe; 2001. Reyes Gomes Eva. Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología. Manual moderno,;2009.
48. Ruano Gil M., Silvestre Teruel V., Aguirregoicoa García E., Criado Gómez L., Duque López Y., García-Blanch G. Nutrición, síndrome metabólico y obesidad mórbida. [Revista en la Internet] 2011 Ago [citado 22Enero2013]; 26(4):759-764. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>.
49. Sanchez.Moreno.A y Cols. Enfermería comunitaria, vol. 1.concepto de salud y factores que la condicionan. España. Mc-Graw-Hill Interamericana.2000.
50. S.M.Antonio; y cols. Enfermería Comunitaria. Vol. 2: Epidemiología y Enfermería. Ed. McGraw-Hill/Interamericana; 2000
51. Sánchez M. A. Et al. Actuación de Enfermería Comunitaria vol.3. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana; 2000.pag.100-104.
52. Secretaria de salud del Distrito Federal, servicios de salud pública, Dirección General de Epidemiología. Manual de Cartografía Aplicada a la salud; "elaboración de un croquis y recorrido sistemático en zonas urbanas.
53. Tébar. La diabetes en la práctica clínica; 1ª Ed. Ediciones. Panamericana; 2009.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los estudiantes del Posgrado de Enfermería de Salud Pública de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. (UNAM) estamos realizando un estudio de familia y el objetivo de este estudio es determinar los principales problemas de salud de la familia ROMERO MAYA mediante la aplicación de un instrumento (encuesta), para obtener la información fundamental y diseñar e implementar una estrategia de Intervención de Enfermería, a través de acciones Preventivas específicas por Grupo de edad.

La encuesta consiste en identificar problemas de salud relacionados con: nutrición, enfermedades crónicas degenerativas, higiene personal, saneamiento ambiental, estilo de vida de usted y los integrantes de su familia. Con los resultados obtenidos, los alumnos diseñaran e implementaran la estrategia anteriormente mencionada, con el propósito de mejorar la salud de su familia.

Por lo cual le solicitamos su autorización voluntaria para este estudio.

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito anteriormente, los alumnos(as), me han explicado el estudio y han contestado mis dudas.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio ya descrito.

Nombre y Firma

Fecha.

Anexo: 2

VALORACION FAMILIAR DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

Localización _____ Sector _____ Folio _____

Factores Condicionantes Básicos.

Apellidos de la Familia: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

1. Características de la vivienda.

Tipo de Adquisición

1. Propia	2. Rentada	3. Prestada.
-----------	------------	--------------

Materiales de la construcción.

1. Concreto	2. Lamina	3. Madera.
-------------	-----------	------------

Piso:

1. Concreto	2. Loseta	3. Tierra
-------------	-----------	-----------

Almacenamiento.

¿Cuenta con Tinaco o Cisterna? Si () No ()

¿Con que frecuencia realiza la limpieza de este almacén de agua?

1 vez/ semana () 1 vez/ mes () C/6 meses () 1 vez/ Año () Otro: _____

Eliminación.

¿Separa la basura, por sus características (orgánica e inorgánica)? Si () No ()

¿De qué forma elimina la basura y desechos?

1. Camión	2. Tiradero	3. Quema	4. Entierra	5. Otro.
-----------	-------------	----------	-------------	----------

¿Da una eliminación diferente a las baterías? Si () No ()

2. Composición Familiar.

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad

3. Tipo de Familia. Nuclear () Extensa () Ext. Compuesta ()

3.1 Historia Familiar.

(Incluir experiencias de 3 años a la fecha que influyan en la Dinámica Familiar).

Divorcio	Pérdida de Empleo	Cambio de Domicilio	Muerte de una Mascota
Muerte de un Familiar	Nacimiento	Dx: Nueva Enfermedad	Nueva Actividad

Otras Observaciones:

4. Estructura Familiar.

4.1. Estructura de Rol.

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

Mama	Papa	Otro
------	------	------

¿Quién toma las decisiones respecto a la salud?

Mama	Papa	Otro
------	------	------

5. Funciones Familiares.

5.1. Función Afectiva.

¿Cómo expresan los integrantes de la familia el afecto?

Abrazos	Besos	Regalos	Verbal
---------	-------	---------	--------

Otro. _____

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

Verbal () Golpes () Silencio () Indiferencia () Otro () _____

5.2. Función de Socialización.

¿Con que tipo de actividad contribuyen los integrantes de la familia en el hogar?

Parentesco	Función
Padre	
Madre	
Hijo (1)	
Hijo (2)	
Otro.	

¿Quién ejerce la disciplina en la familia?

Mama	Papa	Otro
------	------	------

¿Cómo la ejerce?

¿ Alguno de los integrantes de la familia, tiene problemas con otras personas en el trabajo, escuela u hogar?

Si () No () ¿Quién y de qué tipo? _____

6. Sistema de Religión y Valores.

¿Profesan alguna Religión? Si () No ()

¿Cuál? _____

¿Valores que practican en su Familia?

Amor	Respeto	Responsabilidad	Tolerancia
Honestidad	Lealtad	Otro:	

7. Procesos de Comunicación.

¿Considera usted que existe comunicación entre los integrantes de su familia?

Si. ¿Porqué? _____

No. ¿Porque? _____

8. Estructura del poder.

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

Papa () Mama () Abuelos () Hermanos () Otro () _____

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

¿Quién toma las decisiones en la pareja? Mama () Papa () Otros ()

¿Cómo es la relación de padres a hijos? Buena () Regular () Mala ()

Observaciones. _____

¿Cómo es la relación entre los hermanos? Buena () Regular () Mala ()

Observaciones.

9. Antecedentes Familiares.

Patologías	Padre	Madre
Hipertensión.		
Diabetes		
Enf. Renal		
Cáncer		
Enf. Mental		

10. Problemas de Salud.

Patología	Integrante de la familia
Aguda	
Crónico	
Enfermedad Terminal	

10.1. Conocimiento Sobre Problema de Salud.

Previo: Ninguno () Escaso () Medio () Completo ()

Actual: Ninguno () Escaso () Medio () Completo ()

10.2. Afrontamiento del Problema de Salud. Aceptación () Negación ()

10.3. Percepción sobre su Problema de Salud.

Buena () Aceptable () Mala () Pésima ()

¿Es Consciente de los Efectos Negativos de sus Estados de Salud? Si () No ()

11. Percepción de la Calidad de Vida.

Buena () Aceptable () Mala () Pésima ()

12. Requerimientos de Cuidados de Salud.

Primarios () Secundarios () Terciarios ()

12. 1 Cuidados de Salud Preventivos.

¿Cuenta la familia con algún tipo de seguridad social? Si () No ()

IMSS () ISSSTE () SSA. Centros de salud y Hosp del Gob. () Privado () Otro ()

¿Utiliza algún tipo de Medicina Tradicional o Alternativa? Si () No ()

Especifique. _____

12. 2 Datos de Salud.

Integrante	Peso	Talla	IMC	F/r	F/c	P/a	Temp	Obs.

12.3 Alergias Conocidas _____

12.4 Inmunizaciones

Esquema Completo () Esquema Incompleto ()

Observaciones. _____

¿Tiene algún problema para ejercer su sexualidad? Si () No ()

Represión () Homosexualidad () Desviaciones Sexuales () Otro ()

13. Requisitos de Autocuidado

13.1. Aporte de Aire. (Patrón respiratorio.)

Oxigeno domiciliario () Tos: productiva () Seca () Tabaquismo Si () No ()

Interferencia Ambiental: Contaminación () Ventilación adecuada ()

Cambios en la respiración: Disnea () Orto nea () Esfuerzo () Reposo ()

¿Qué medidas específicas emplean para protegerse de las Infecciones Respiratorias?

Vitamina C	Abrigarse	Lejos de lugares concurridos	Uso de cubre bocas
Dieta balanceada	Higiene de manos	Ventilación adecuada	Ninguna

14. Aporte de líquidos

Líquidos Preferidos.

Agua Natural () Refresco () Jugo () Café () Agua de Sabor ()

Volumen de líquido Diario:

Embotellada	Llave	Clorada	Hervida
Filtro	No tiene acceso	No está disponible	Otro

15. Aporte de Alimentos.

¿Quién se encarga de preparar los Alimentos? Mama () Papa () Otro ()

¿Lava sus manos antes y durante la preparación de los alimentos? Si () No ()

¿Cuáles son sus Preferencias en Alimentación?

¿Qué Alimentos le Desagradan?

¿Presenta alguna limitación para la alimentación?

Caries Dental () Ausencia de piezas Dentales () Prótesis Dentaria () Desconocimiento Sobre Dieta Adecuada () Problemas Económicos () Creencias Religiosas () Limitación Física () Otro ().

¿Qué tipo de Alimentación lleva el Infante?

Materna () Mixta () Artificial () Otro. Especifique: _____

¿Ha experimentado Pérdida o Ganancia de Peso en los últimos 6 meses? Si () No ()

Observaciones: _____

16. Eliminación.

¿Cuál es su Frecuencia de Micción al Día?

Características de la Micción:

1.Espontánea	2.Dificultosa/Dolor	3.Con ardor	4. Con urgencia
5.Por sonda	6.En el momento de la urgencia	7.Contiene/Aguanta	8. Otro

Características de la Orina:

Concepto					
Color	Clara	Ámbar	Café	Hematúrica	Otro
Olor	Inodoro	Úrico	Penetrante		Otro
Apariencia	Transparente	Turbia	Espumosa		Otro

¿Cuál es la Frecuencia de Eliminación en el día? _____

Características de la Eliminación:

1.Continente	2.Incontinente	3.Estreñimiento	4.Diarrea
5.Sangrante	Otro		

Características de las Heces:

Concepto					
Color	Café	Verde	Amarillo	Hematúrico	Otro
Olor	Inodoro	Característico	Fétido		Otro
Apariencia	Compacta	Pastosa	Diarreica	Coprolítica	Otro

Patrón Menstrual

1.Regular	2.Irregular	3.Dismenorrea	4.Amenorrea
5. Hemorragias	6. Síndrome premenstrual	7.Síndrome incapacitante	8. Otro

¿A qué edad comenzó su Ciclo Menstrual (Menarca)?

¿A qué edad Experimentó la Menopausia? _____

17. Equilibrio Actividad-Reposo

¿Cuántas horas dedica al sueño? _____

¿Cuántas de estas descansa realmente? _____

¿Identifica alguna alteración del sueño?

1.Insomnia	2.Pesadillas	3.Terror nocturno	Otro
------------	--------------	-------------------	------

¿En qué horario desempeña sus actividades?

Matutino	Vespertino	Nocturno
----------	------------	----------

¿Qué tipo de Trabajo Desempeña?

1.Gubernamental	2.Privado	3. Oficio	Especifique:
-----------------	-----------	-----------	--------------

¿Realiza alguna actividad deportiva y/o cultural?

Parentesco	Deporte	Frecuencia	Motivo
Padre			
Madre			
Hijo (a) 1			
Hijo (a) 2			
Hijo (a) 3			
Otros			

Parentesco	Actividad Cultural - Hobby-	Frecuencia
Padre		
Madre		
Hijo (a) 1		
Hijo (a) 2		
Hijo (a) 3		
Otros		

18. Soledad e Interacción Social

¿Cuáles son sus Condiciones de Vida Habituales?

Vive Solo () Con Familia () Residencia () Otro ()

¿Cada cuándo se reúne la Familia?

Diario () 1 vez Semana () 1 vez Mes () 1 vez Año () Otro ()

¿Algún miembro de la Familia suele Aislarse? Si () No () Especifique: _____

19. Factores Personales.

¿Cómo define su personalidad?

Introvertido () Extrovertido () Agresivo () Pasivo () Otro ()

¿Participa en algún Grupo o Actividad Social? Si () No ()

Especifique: _____

¿Tiene alguna Dificultad para Expresarse o Relacionarse? Si () No ()

Verbal () Auditiva () Escrita () Otro: _____

Al iniciar una relación (amistosa, pareja), ¿Usted Inicia el Contacto? Si () No ()

En caso de alguna Necesidad, ¿A quién Acude?

Familia () Amigos () Vecinos () Otros ()

20. Prevención de Peligros.

¿Qué actividades incluyen su aseo personal?

Baño:	Diario	Cada 3er día	Cada semana
Cambio ropa:	Diario	Cada 3er día	Cada semana

¿Con qué Frecuencia se lavan los dientes los Integrantes de la Familia?

¿Cuenta con servicio de agua y drenaje? Si () No ()

20.1 Riesgos Caseros.

¿Qué manejo les da a los materiales tóxicos?

¿Cuál de los siguientes riesgos se encuentran presentes en el hogar?

1. Tomas de corriente desprotegida	2. Iluminación inadecuada	3. Cableado defectuoso	4. Tóxicos mal almacenados
5. Falta antiderrapantes (baño y escaleras)	6. Falta de barandales	7. Fumar en la cama	8. Fuga de gas
9. Literas	10. Eliminación inadecuada de basura	11. Eliminación inadecuada de excretas	Otro:

En caso de accidente, ¿Conoce los servicios de emergencia disponibles? Si () No ()

060 Seguridad Pública	065 Cruz Roja	066 Atención Ciudadana	116 Bomberos
118 Serv. Comunidad	119 Locatel	120 Cruz Verde	Otro

21. 2. Riesgos Sensoriales.

¿Utiliza Anteojos? Si () No ()

¿La Graduación actual, aún cumple sus Necesidades? Si () No ()

¿Cada cuándo realiza una consulta de revisión ocular? _____

¿Utiliza algún apoyo auditivo? Si () No ()

¿La graduación actual, aún cumple sus necesidades? Si () No ()

¿Con qué frecuencia realiza una revisión del estado de su dispositivo?

Cada 6 meses	1 vez año	Cada 2 años	Nunca	Otro:
--------------	-----------	-------------	-------	-------

Se mareo con frecuencia? Si () No ()

El mareo es acompañado de:

1.Cefalea	2.Vértigo	3.Acúfenos	4.Fosfenos
5.Dificultad para desplazarse	6. Otro:		

Cuando ha estado sujeto a tratamiento ¿Lo sigue como indica el médico? Si () No ()

22. Estado Mental

¿Reconoce pérdida de Memoria Inusual? Si () No ()

¿Podría relacionarlo a algún acontecimiento? ¿Cuál es? _____

¿Conoce si cerca a su hogar existen contaminantes ambientales o fauna nociva?

1.Tiradero municipal	2.Fábricas	3.Canal de aguas negras	4.Excretas al ras del suelo
5.Ratas	6. Moscas	7.Cucarachas	Otro:

23. Promoción de la Normalidad.

¿Cómo es su Autoestima?

Normal () Baja () Alta ()

¿Cuál es la Percepción de su Imagen Corporal?

Mencione medidas de Autocuidado que lleva a cabo para mejorar o conservar su salud

Elaboró: _____ Fecha: _____

Anexo: 3

APGAR FAMILIA R.M.					
Preguntas		Casi nunca: 0	A veces: 1	Casi siempre: 2	Total
1	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?		X		1
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?		X		1
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?		X		1
4	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?	X			0
5	¿Siente que su familia le quiere?		X		1
Resultado		Disfunción Familiar Leve.			4

Resultados:

Cada respuesta se puntúa como:

Casi nunca. 0, A veces: 1, Casi siempre: 2.

Se valora en función de la puntuación total obtenida, considerándose individuos pertenecientes a familias:

Funcionales: Entre 7 y 10 puntos.

Disfuncionales leves: entre 3 y 6 puntos.

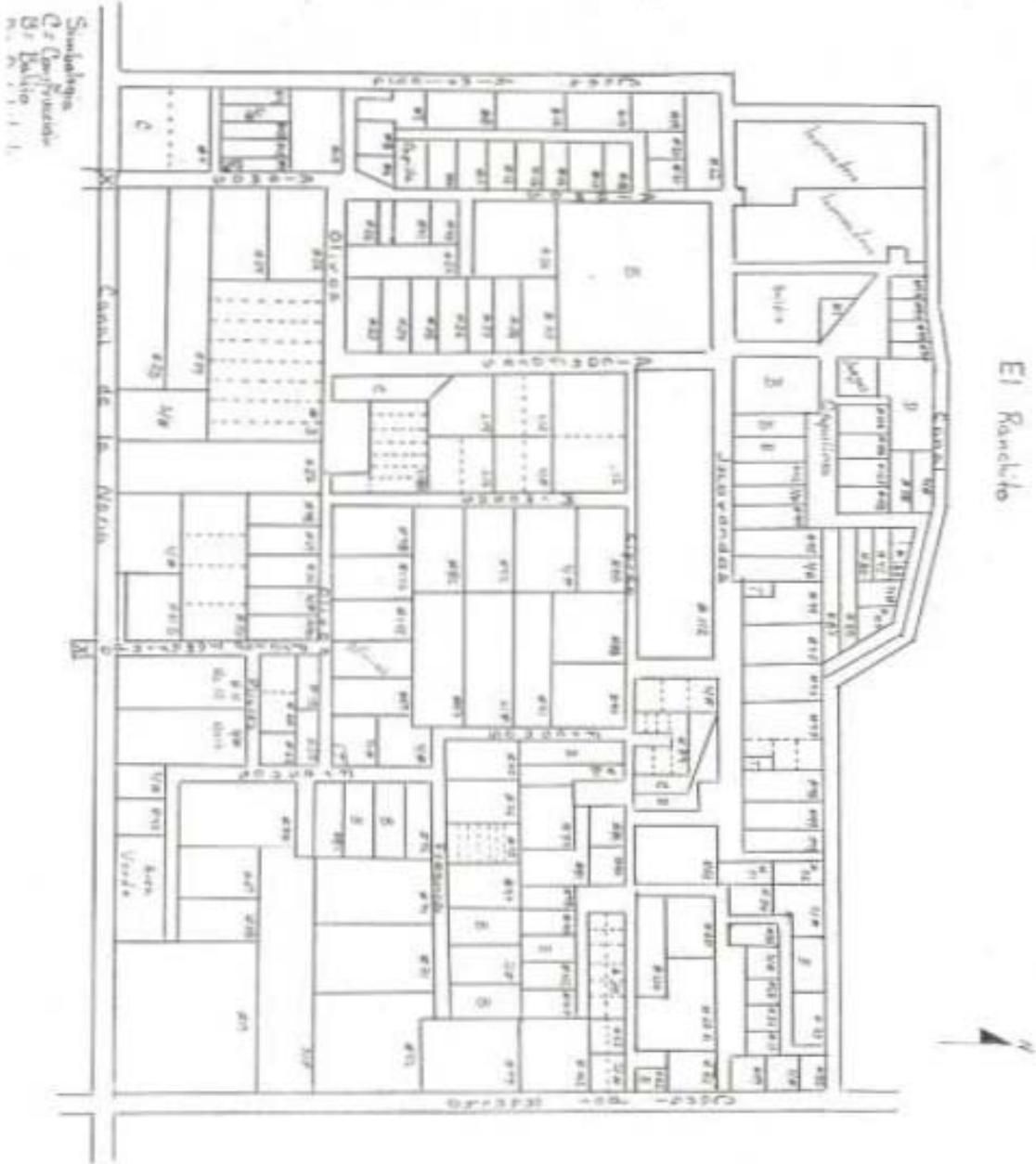
Disfuncionales graves: entre 0 y 2.

Anexo: 4

Escala de situaciones vitales generadoras de estrés.
(Escala de Holmes-Rahe Modificada)

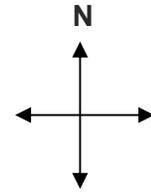
ACONTECIMIENTO VITAL	PESO	ACONTECIMIENTO VITAL	PESO
• Fallecimiento de la pareja.	100	• Enfermedad o accidente.	40
• Divorcio o separación.	73	• Inicio de vida en pareja.	39
• Encarcelamiento.	65	• Despido.	38
• Fallecimiento de un familiar.	63	• Cuidar de otra persona.	37
• Reajuste en el trabajo.	63	• Jubilación.	36
• Cambios en la economía.	53	• Enfermedad de allegados	30
• Discusiones con la pareja	53	• Embarazo.	29
• Hipoteca o préstamo	50	• Trastornos sexuales.	28
• Hijo o hija que se va de casa.	47	• Nacimiento en la familia.	26
• Problemas con los suegros.	47	• Revisión de hábitos de vida.	20
• Rendimiento excepcional.	47	• Problemas con el jefe o jefa.	19
• Cambios en el trabajo de la pareja.	45		
• Comienzo o final de la escuela.	44	• Cambios de residencia, trabajo o escuela	11
• Cambios en las condiciones de vida.	44		

Anexo: 5



Anexo: 6

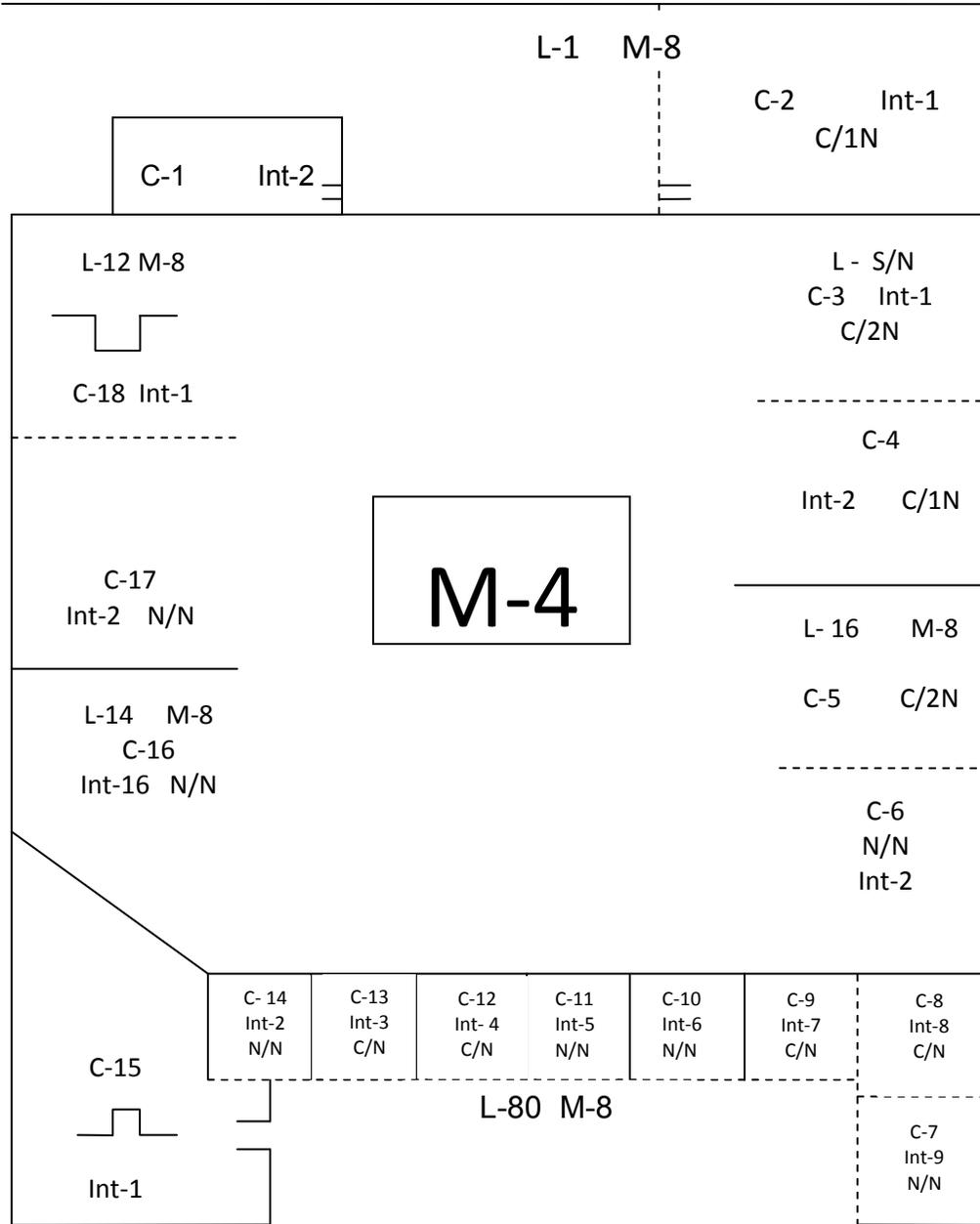
AGEB: 0090
C.S. T-III.
XOCHIMILCO
Manzana: 4
Total Casas: 18



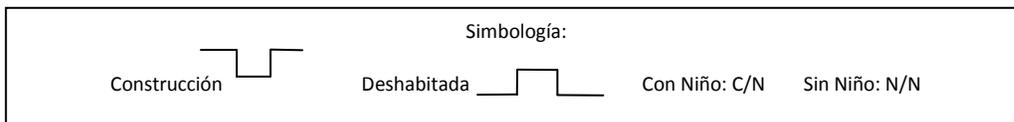
CIPRES

ALCANFORSES

MIMOSAS



OLIVOS



Anexo: 7

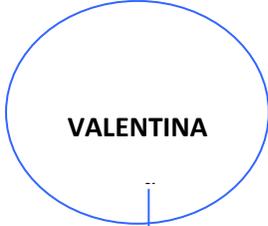
ECOMAPA

Mamá

Papá

Sedentario

Mecánico



Madre Soltera



SIMBOLOGIA

Baile Folklórico
Futbol



HOMBRE



MUJER



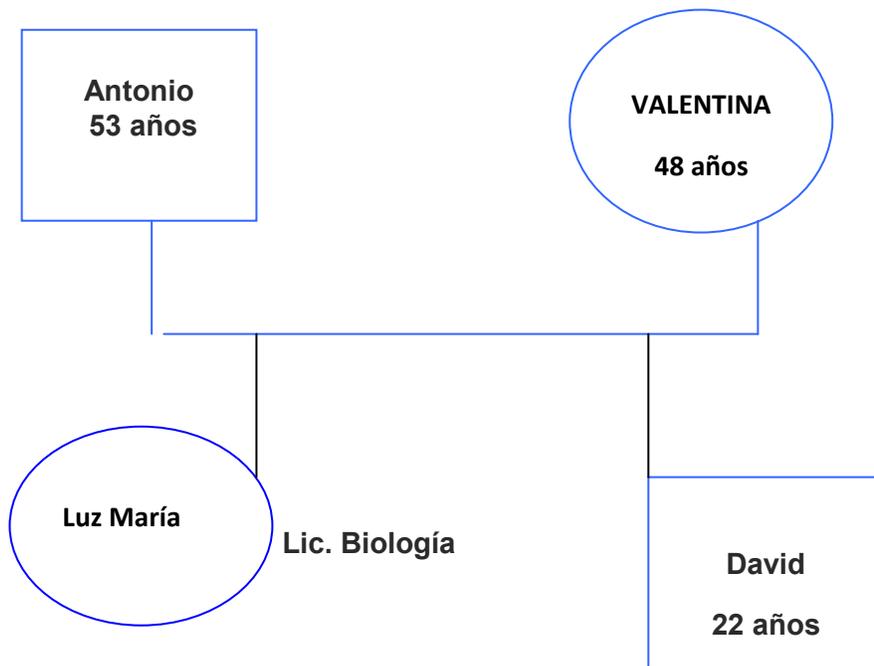
MATRIMONIO



HIJOS BIOLÓGICOS

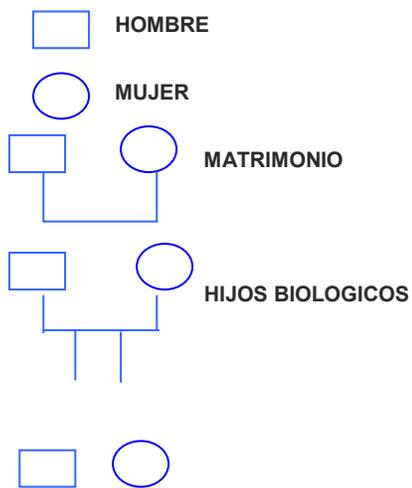


GENOMAPA



Estudiante

SIMBOLOGIA

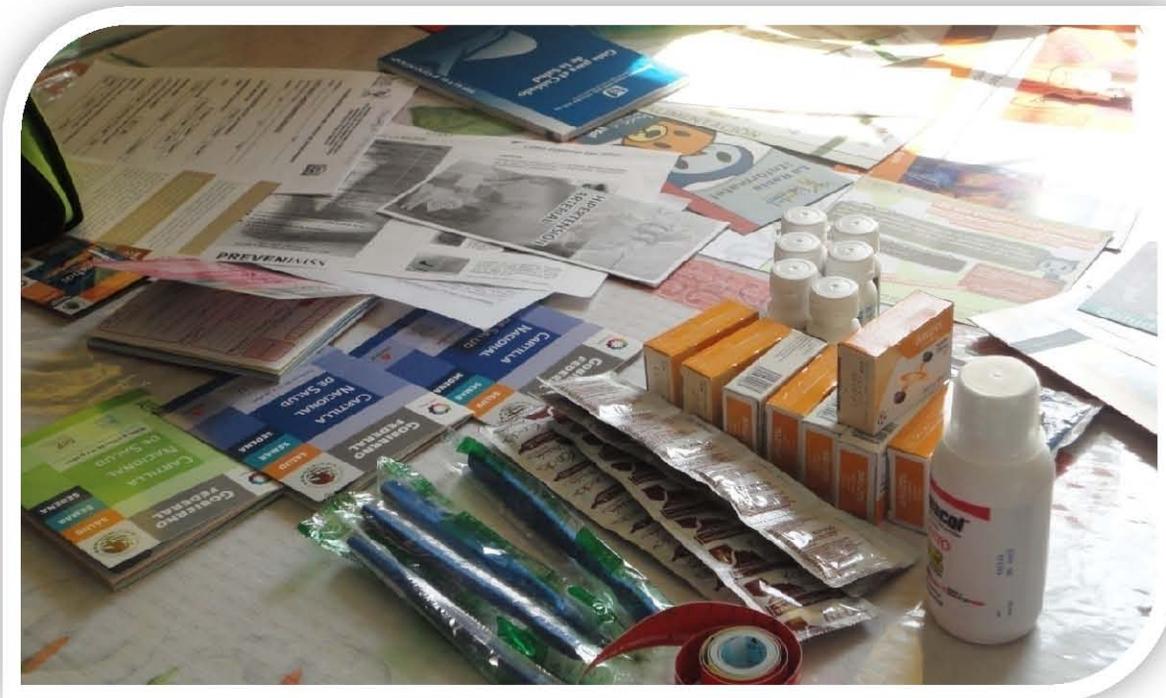


Anexo: 9

Reseña Fotográfica de la Familia R.M.













UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

(1) FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL PACIENTE:		
FECHA DE NACIMIENTO:	SEXO:	EDAD:
FECHA DE INGRESO:	FECHA DE EGRESO:	
DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:	SERVICIO:	
NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE:		
DIAGNOSTICO MEDICO DE INGRESO:		
DIAGNOSTICO MEDICO DE EGRESO:		
NOMBRE Y TELEFONO DEL FAMILIAR RESPONSABLE:		

(2) COMUNICACIÓN

(3) URGENTE

(4) INFORMACION

(5) DIETA

(6) AMBIENTE

(7) RECREACION

(8) MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	REACCIONES ADVERSAS

PROCEDIMIENTO	HORA Y FECHA	RECOMENDACIONES

(9) ESPIRITUALIDAD

(10) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

COMPONENTE	ACTIVIDAD POR GRUPO ETAREO			
	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-59 AÑOS	60 Y MAS
1. Promoción a la salud				
2. Nutrición				
3. Prevención y control de enfermedades				
4. Detección de enfermedades				
5. Salud reproductiva				

(11) NOMBRE, CATEGORIA Y FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE:

(12) NOMBRE DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR QUE RECIBIO EL PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA:

Anexo: 11

Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994.

Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.

Objetivo y campo de aplicación

- 1.2. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en el territorio nacional.
- 1.3. Se consideran como síntomas clásicos de la diabetes, a la poliuria, la polidipsia, la polifagia y la pérdida de peso.
2. Diabetes tipo 2

Prevención primaria: Principios generales.

- 2.1 La diabetes puede ser prevenida, en caso contrario, es posible retardar su aparición.
- 2.2 Debe establecerse como un principio básico de prevención, la aplicación de las medidas idóneas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, para evitar la aparición de la diabetes.
- 2.3 Los programas de las instituciones de salud para la prevención y control de las enfermedades deben incluir, como uno de sus componentes básicos, la prevención primaria de esta enfermedad.
- 2.4 Los factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, son el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable.
- 2.5 El control de peso es una de las metas básicas para la prevención de la diabetes.
- 2.6 Se debe advertir a la población acerca de los riesgos de la obesidad y el exceso de peso, y se ofrecerá orientación de acuerdo a lo establecido en la NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo Integral de la Obesidad. El control del peso debe llevarse a cabo mediante un plan de alimentación saludable, y actividad física adecuada.
- 2.7 La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades de la vida diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra la diabetes.
- 2.8 Por tal motivo, se debe recomendar a la población general mantenerse físicamente activa a lo largo de la vida, adoptando prácticas que ayuden a evitar el sedentarismo.
- 2.9 En el caso de personas de vida sedentaria, se les debe recomendar la práctica de ejercicio aeróbico, en especial la caminata, por lo menos durante periodos de 20 a 40 minutos, la mayor parte de los días de la semana.

3.0 Una recomendación general es la moderación en el consumo de alimentos de origen animal (por su contenido de grasas saturadas y colesterol) y de alimentos con exceso de azúcares, sal y grasa; por el contrario, debe estimularse el consumo de verduras, frutas y leguminosas, fuentes de nutrimentos antioxidantes y fibra, como se muestra en el Apéndice informativo A.

3.1 El aporte energético total debe adecuarse, a fin de mantener un peso recomendable, evitándose dietas con menos de 1200 cal al día.

3.3 El valor calórico total diario de los alimentos será entre 25 y 30 Kcal/kg/día, para las personas sedentarias y de 30 a 40 Kcal/kg/día para la persona físicamente activa o que realiza ejercicio de manera regular. En el Apéndice normativo b se presenta un esquema dirigido a estimar los requerimientos energéticos, según diversas condiciones de los individuos.

4. Promoción de la salud.

4.1 El fomento de los estilos de vida saludables, necesarios para prevenir o retardar la aparición de la diabetes, se llevará a cabo mediante acciones de promoción de la salud.

4.2 La promoción de la salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y de comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.

5. Comunicación social:

5.1 La población general habrá de ser adecuada y oportunamente informada, mediante los medios de comunicación social, sobre los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de la diabetes.

5.2 Los servicios públicos de salud, con apoyo de los servicios de salud privados, efectuarán campañas para educar a la población sobre alimentación, actividad física, obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular.

5.3 Se debe establecer coordinación con los organismos públicos y privados, así como con asociaciones de profesionales de la comunicación, a fin de desarrollar acciones en el campo de la comunicación educativa, tendientes a estimular el cambio hacia la práctica de estilos de vida saludables.

6. Participación social. Se debe estimular la participación comunitaria, así como la colaboración de los grupos y organizaciones sociales, para promover la adopción de estilos de vida saludables, particularmente entre los grupos de mayor riesgo.

6.2 Las actividades de educación para la salud se deben dirigir principalmente a los niños, a los jóvenes y a los individuos en alto riesgo de desarrollar diabetes.

6.3 Se deben promover procesos que modifiquen actitudes tendientes a mejorar la salud individual, familiar y colectiva en la materia de diabetes.

6.4 En primer lugar, se incluyen los individuos identificados como tales en las pruebas de detección, ya sea mediante una escala de factores de riesgo y/o glucemia capilar casual o en ayuno. Esta misma situación se aplica a quienes hayan mostrado, en un examen de rutina, niveles anormales de glucosa.

6.5 También se considera dentro de este grupo a aquellos individuos con uno o varios de los siguientes factores de riesgo: sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, ≥ 65 años de edad, y las mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes de diabetes gestacional.

6.6 Asimismo, se considera dentro de este grupo a los individuos con hipertensión arterial ($\geq 140/90$), dislipidemias (colesterol HDL ≤ 35 mg/dl, triglicéridos ≥ 200 mg/dl) y a los pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores.

6.7 Los individuos considerados en alto riesgo de diabetes, deben ser informados de tal situación y apoyados para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.

6.8 La prevención específica de la diabetes forma parte de las actividades correspondientes a la prestación de servicios de salud, y requiere la intervención de los médicos, en especial de quienes tienen bajo su responsabilidad el cuidado general de la salud de los pacientes y sus familias.

6.9 La participación de otros miembros del equipo de salud, como profesionales de la nutrición, enfermería, trabajo social, educadores en diabetes, odontología, sicología y deporte, es de gran importancia para auxiliar a los individuos en alto riesgo.

7. Detección

7.1 La detección de la diabetes tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante dos modalidades: a través de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada, entre los pacientes, que acuden a los servicios de salud, públicos y privados.

7.2 La detección, además de servir, para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también permite localizar a individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esta situación.

8 Programas y campañas de detección.

8.2 A los individuos clasificados en la EFR como de bajo riesgo, se les debe aplicar esta misma escala cada dos años, y se les debe estimular para mantener el control sobre los factores de riesgo.

8.3 A los individuos clasificados en la EFR como de alto riesgo, se les debe practicar una glucemia capilar en ayuno o, en su defecto, una glucemia capilar casual. Si en el primer caso la glucemia es <110 mg/dl o, en el segundo, es <140 mg/dl, se les recomendará aplicarse cada año la prueba de glucemia capilar casual y la EFR, y se les inducirá a disminuir los factores de riesgo identificados en la EFR.

8.4 Si la glucemia capilar, en ayuno o de tipo casual, es mayor o igual a los valores indicados en el apartado anterior, se procederá a la confirmación diagnóstica. Si no se confirma la diabetes, el individuo será apoyado por los servicios de salud para efectuar los cambios correspondientes en su estilo de vida. Aquellos con glucosa anormal en ayuno, o con intolerancia a la glucosa, deben recibir tratamiento no farmacológico; en algunos casos, según lo determine el médico tratante, se podrá establecer de manera auxiliar un tratamiento farmacológico.

8.5 En el caso de individuos con 65 años o más de edad, se les debe practicar anualmente una glucemia capilar en ayuno.

9. Detección individualizada.

9.1 El médico debe, dentro de su práctica profesional, incluir como parte del examen general de salud la detección de diabetes, por el procedimiento anteriormente señalado, o bien, mediante la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno.

9.2 Si se utiliza la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno, se deben seguir los siguientes criterios:

9.3 Si la glucemia es <110 mg/dl y no hay presencia de factores de riesgo, se aplicará esta misma prueba a los tres años, o antes en aquellos casos que el médico determine.

9.4 Si la glucemia es ≥ 110 mg/dl, se procederá a la confirmación diagnóstica.

10. Diagnóstico

10.1 Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

10.2 Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es ≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l) y < 126 mg/dl (6,9 mmol/l).

10.3 Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y < 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

Tratamiento y control

11.1 El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.

11.2 Componentes del tratamiento.

11.3 Para el propósito anterior, en la visita inicial se deben registrar los datos de una historia clínica debidamente elaborada; en esa misma visita y en visitas subsecuentes se registrará la información a la que se refiere el Apéndice normativo D.

11.4 El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, el automonitoreo la vigilancia de complicaciones.

11.5 Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente para su consecución conforme al Apéndice normativo E de esta NOM.

11.6 El manejo farmacológico se iniciará en caso de que no se alcancen las metas del tratamiento, durante el periodo de 6 meses, o bien desde fases más tempranas, cuando el médico tratante así lo juzgue pertinente, sobre todo en presencia de hiperglucemia sintomática.

11.7 Si después de prescribir el manejo farmacológico se cumplen las metas del tratamiento con la aplicación combinada de ambos tipos de medidas, el médico tratante establece un plan para que, de acuerdo con el curso clínico del paciente, los fármacos se utilicen de manera auxiliar y, de ser posible, se logre el control exclusivamente mediante las medidas no farmacológicas.

11.8 Manejo no farmacológico.

11.8.1 Es la base para el tratamiento del paciente diabético, y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

11.8.1 Control de peso:

11.8.2 Se considera que un paciente ha logrado un adecuado control de peso, si mantiene un IMC >18 y <25 ; se pueden establecer metas intermedias, de acuerdo con lo especificado en el Apéndice normativo E.

11.8.3 Para mantener el control de peso se debe seguir el plan de alimentación, actividad física y ejercicio en los siguientes términos:

11.8.4 Plan de actividad física y ejercicio.

11.8.5 El tipo, intensidad, duración y frecuencia del ejercicio se deben fijar de acuerdo con los lineamientos descritos en el apartado 8.2.1.2 y de conformidad con las guías técnicas aplicables para el cumplimiento de esta Norma.

11.8.6 El programa de ejercicio se debe fijar de acuerdo con la evaluación clínica del paciente, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos. En el Apéndice normativo F se describen los criterios para la evaluación clínica del paciente antes de establecer un programa de ejercicio.

11.9 Plan de alimentación.

11.9.1 La dieta para el paciente diabético será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

11.9.2 Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de pan y derivados lácteos descremados.

11.9.3 La restricción del consumo de alcohol es recomendable en todos los pacientes, pero principalmente en aquellos sin control metabólico, obesos, e hipertensos o con hipertrigliceridemia, ya que puede producir hipoglucemia en situaciones de ayuno prolongado, y efecto disulfirán en casos tratados con clorpropamida.

11.9.4 El monitoreo de glucosa y colesterol servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento.

12. Educación del paciente y su familia.

12.1 El control de la diabetes requiere una modificación de los estilos de vida, por lo que la educación del paciente es parte indispensable del tratamiento.

12.2 Para garantizar la adecuada educación del enfermo adulto se establecen los procedimientos y métodos apropiados, y se evalúan sus resultados.

12.3 La educación incluirá los aspectos básicos relativos a la diabetes y sus complicaciones, factores de riesgo, componentes y metas del tratamiento, el automonitoreo, así como la prevención y vigilancia de complicaciones.

12.4 Es de gran importancia extender la educación a los familiares, no sólo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, sino porque comparten factores de riesgo.

13. Grupos de ayuda mutua.

13.1 Con el propósito de incorporar de manera activa a las personas con diabetes en el autocuidado de su padecimiento, y facilitar su capacitación, se fomentará la creación de grupos de ayuda mutua, en las unidades de atención del Sistema Nacional de Salud, incluyendo las situadas dentro de las empresas.

13.2 Los grupos de ayuda mutua deben servir para estimular la adopción de estilos de vida saludable como actividad física, alimentación idónea, automonitoreo y cumplimiento de las metas del tratamiento.

13.3 Se debe promover la participación de los familiares de los pacientes, dentro de estos grupos, a fin de facilitar el manejo no farmacológico.

13.4 Para determinar que los grupos cumplan con los propósitos señalados, se fijarán procedimientos de evaluación, para determinar su impacto benéfico en el control de la diabetes.

14. Automonitoreo.

14.1 El automonitoreo de los niveles de glucosa en sangre capilar se considera un procedimiento indispensable para lograr el adecuado control de la diabetes.

14.2 Frecuencia.

14.2.1 La frecuencia del automonitoreo queda a juicio del médico, dependiendo del grado de control del paciente y del tipo de tratamiento.

14.2.2 En el caso de pacientes bien controlados, se debe efectuar el automonitoreo de la glucosa capilar en los horarios indicados por su médico de una a tres veces a la semana; en aquéllos consistentemente bien controlados puede ser menos frecuente a juicio del médico.

14.2.3 En los pacientes mal controlados o inestables y con terapia insulínica, se debe efectuar diariamente, inclusive varias veces al día, hasta que se logre el control glucémico.

15 Manejo farmacológico.

15.1 Los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos. Asimismo, se podrán utilizar los inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedionas y otros que en su momento
apruete la Secretaría de Salud.

15.2 Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud, sólo deberán utilizar los insumos establecidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y para el segundo y tercer nivel de atención, el Catálogo de Insumos.

15.3 Debe advertirse que en la mayoría de los tratamientos mediante hipoglucemiantes orales, puede desarrollarse falla secundaria a mediano y a largo plazos. La causa más frecuente de la falla es el consumo inadecuado de calorías, azúcares simples y grasas.

16.1 Manejo del paciente diabético obeso.

16.2 Uno de los objetivos primordiales del tratamiento para estos pacientes, es alcanzar y mantener el peso recomendable, tomando para tal efecto las consideraciones establecidas en la NOM-174-SSA1-1998, Para el Manejo Integral de la Obesidad.

16.3 El esquema general para el manejo del paciente diabético obeso se muestra en el Apéndice normativo H.

16.4 Manejo del paciente no obeso.

16.4.1 El esquema general para el manejo del paciente diabético no obeso, se muestra en el Apéndice normativo I.

16.5 Utilización de insulina.

16.5.1 Cuando persiste hiperglucemia en ayunas, se pueden utilizar de manera combinada hipoglucemiantes orales de administración diurna con insulina nocturna.

16.5.1 Ante la falla de los hipoglucemiantes orales a dosis máximas, se utilizará la insulina.

16.5.2 La insulina humana debe considerarse como el medicamento de primera línea en sujetos delgados sintomáticos, con diagnóstico incierto del tipo de diabetes, así como en diabetes durante el embarazo y en la diabetes gestacional.

16.5.3 Las insulinas humanas disponibles en nuestro país son las de acción rápida y las de acción intermedia (NPH y lenta) e insulina lispro.

16.5.4 La utilización de la insulina de acción rápida no está indicada en el primer nivel de atención, ya que se utiliza en el tratamiento de complicaciones metabólicas agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar), o bien en casos de hiperglucemia secundaria a enfermedades, estrés, diabetes tipo 1 y durante el embarazo.

16.5.5 La dosis inicial no debe ser mayor de 0,5 UI/kg de peso. En algunos casos, es posible administrar una sola dosis de acción intermedia aplicada por la mañana.

16.5.6 Cuando se requieran más de 25 a 30 unidades de insulina intermedia, se fraccionará la dosis: 2/3 en la mañana y 1/3 en la noche. Para el tratamiento combinado con hipoglucemiantes orales, la dosis de insulina intermedia es de 0,1- 0,2 UI/kg de peso, aplicada preferentemente a la hora de acostarse.

16.5.7 Se debe realizar la medición, al menos una vez al año, de colesterol total, triglicéridos, colesterol-HDL, HbA1c y examen general de orina, si este último resulta negativo para albuminuria se debe buscar microalbuminuria.

17. Examen de los ojos.

17.1 En casos de diabetes tipo 2, al momento de establecer el diagnóstico y posteriormente de manera anual, se efectuará el examen de agudeza visual y de la retina.

17.2 En caso de que el médico al efectuar el examen de los ojos identifique cualquiera de las siguientes anomalías: maculopatía, disminución de la agudeza visual, cambios proliferativos, dificultad para visualizar claramente la retina y catarata, referirá al paciente al oftalmólogo.

17.3 Neuropatía.

17.3.1 La búsqueda de estas complicaciones se lleva a cabo mediante una cuidadosa revisión clínica, que incluya el examen de los reflejos, de la sensibilidad periférica, dolor, tacto, temperatura, vibración y posición.

17.4. El pie diabético.

17.4.1 La neuropatía periférica o la enfermedad vascular periférica, puede conducir a ulceración, infección y gangrena de los miembros inferiores.

17.4.2 Los factores de riesgo incluyen, principalmente, calzado inadecuado, deformidades del pie, incapacidad para el autocuidado, descuido, alcoholismo y tabaquismo.

17.4.3 Las estrategias para prevenir el pie diabético son educación del paciente, control de la glucemia, inspección periódica, autocuidado de los pies y envío inmediato al especialista, en caso de infección.

17.5 Nefropatía.

17.5.1 La microalbuminuria es un marcador de nefropatía clínica y de enfermedad microvascular; a menudo se asocia con dislipidemia e hipertensión.

18. Dislipidemias.

18.1 Los niveles elevados de colesterol total (>240 mg/dl), de triglicéridos (>200 mg/dl) y de colesterol LDL (>130 mg/dl), así como los niveles reducidos de HDL (<35 mg/dl), son factores importantes de riesgo para la enfermedad vascular en los casos de diabetes.

18.2 El tratamiento debe iniciarse con el control de peso, actividad física y una ingestión reducida de grasas saturadas. Es indispensable que se restrinja el consumo de alcohol y se evite el tabaquismo. Los medicamentos recomendados se muestran en el Apéndice normativo J.

Apéndice Normativo E.

Metas básicas del tratamiento y criterios para evaluar el grado de control del paciente.

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dl)	<110	110-140	>140
Glucemia postprandial de 2 h. (mg/dl)	<140	<200	>240
Colesterol total (mg/dl)	<200.0	200-239	≥240
Triglicéridos en ayuno (mg/dl)	<150	150-200	>200
Colesterol HDL (mg/dl)	>40	35-40	<35
P.A. (mm de Hg)	<120/80	121-129/81-84	>130/85**
IMC	<25	25-27	>27
HbA1c*	<6.5%mg/dl	6.5-8%mg/dl	>8%mg/dl

Apéndice Normativo F

Evaluación clínica del paciente antes de establecer un programa de ejercicios.

Se debe tener especial cuidado en casos con más de 10 años de evolución clínica y cuando están presentes otros factores de riesgo cardiovascular, complicaciones microvasculares, enfermedad vascular de miembros inferiores, neuropatía autonómica o historia de hipoglucemias severas. En caso de duda debe ser referido a un centro de 2o. nivel para realizar una evaluación cardiológica antes del inicio del programa de ejercicio.

Se debe descartar la presencia de retinopatía proliferativa con el fin de evitar la precipitación de una hemorragia vítrea. No se recomienda ejercicio moderado a intenso en sujetos con albuminuria. Debe descartarse la presencia de lesiones en los pies, puntos de apoyo incorrectos, hipotensión postural, taquicardia persistente. Se recomienda la realización de caminata, natación, andar en bicicleta. Se debe vigilar el ejercicio no aeróbico, carrera, trote, ejercicios en escaleras.

Si se detecta una glucemia >250 mg/dl o cetosis, debe controlarse esta glicemia a fin de incorporarse al ejercicio. El paciente con diabetes debe portar una identificación al momento de realizar ejercicio fuera de su domicilio y traer consigo alguna fuente de carbohidratos simples para tratar rápidamente una hipoglucemia.

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

1. Objetivo

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para todos los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como para los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, que se ostenten y oferten servicios para el tratamiento.

3. Disposiciones generales

3.1. Todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral, en términos de lo previsto en esta norma.

3.2. El tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, deberá realizarse bajo lo siguiente:

3.2.1. Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;

3.2.2. Deberá estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la dieta-terapia, psicoterapia, fármaco-terapia y el tratamiento médico quirúrgico;

3.2.3. El médico será el responsable del tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, el licenciado en nutrición y el psicólogo serán responsables del tratamiento en sus respectivas áreas de competencia profesional;

3.2.4. El tratamiento indicado deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado;

3.2.5. Deberán evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes y comorbilidades que afecten su salud;

3.2.6. Se deberá obtener carta de consentimiento informado del interesado, familiar, tutor o su representante legal, de conformidad con lo que establece la NOM-168-SSA1-1998, referida en el numeral 3.4. de esta norma;

3.2.7. Todo tratamiento deberá prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, bioquímicos y antropométricos que incluyan: IMC y perímetro de cintura y cadera.

3.2.8. Todas las acciones terapéuticas se deberán apoyar en medidas psicoconductuales y nutricionales para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud. Asimismo, se debe

incluir un programa individualizado de actividad física y ejercicio adecuado a la condición clínica y física de cada paciente.

3.2.9. Los medicamentos e insumos para la salud empleados en el tratamiento, deberán contar con registro que al efecto emita la Secretaría de Salud.

4. Disposiciones específicas

4.1. El personal profesional que intervenga en el tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá cumplir los requisitos siguientes:

4.1.1. Tener título y cédula profesional de médico, nutriólogo o psicólogo, legalmente expedidos y registrados ante las autoridades educativas competentes;

4.1.2. Cuando se trate de personal profesional que se ostente como médico especialista, deberá contar con certificado de especialización y cédula legalmente expedidos y registrados por la autoridad educativa competente;

5.3. La participación del personal técnico y auxiliar en el tratamiento integral del sobrepeso u obesidad, será exclusivamente en apoyo a los profesionales de las áreas de medicina, nutrición y psicología, por lo que no podrá actuar de manera independiente, ni prescribir, realizar o proporcionar, por sí, tratamiento alguno.

5.4. Todo aquel establecimiento público, social o privado, que se ostente y ofrezca servicios para la atención del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá contar con responsable sanitario, así como aviso de funcionamiento o licencia sanitaria, según sea el caso, atendiendo a lo que establezcan las disposiciones legales aplicables para tal efecto.

6. Del tratamiento farmacológico.

6.1. El médico será el único profesional de la salud que prescriba medicamentos en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en esta norma;

6.1.2. Cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento dieto terapéutico, a la prescripción de actividad física y ejercicio en un periodo de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 kg/m² o más, con o sin comorbilidades o en pacientes con IMC superior a 27 kg/m² con una o más comorbilidades, se podrán prescribir medicamentos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad;

6.1.3. Cada medicamento utilizado deberá estar justificado bajo criterio médico, de manera individualizada.

6.1.4. El médico tratante deberá informar y explicar al paciente, las características del medicamento que le fue prescrito, nombre comercial y genérico, dosificación, duración del tratamiento, interacción con otros medicamentos, así como las posibles reacciones adversas y efectos colaterales;

6.1.5. La expedición de la receta y el registro en la nota médica del expediente clínico correspondiente, deberán realizarse de acuerdo con las disposiciones sanitarias y la normatividad aplicables.

6.2. Del tratamiento quirúrgico.

6.2.1. Estará indicado en los individuos adultos con IMC mayor o igual a 40 kg/m² o mayor o igual a 35 kg/m² asociados a comorbilidad, cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endócrino. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente.

6.2.1.1. Además de lo anterior, en el caso de las personas de 16 a 18 años, se podrá realizar tratamiento quirúrgico exclusivamente en aquellas que hayan concluido su desarrollo físico, psicológico y sexual, en establecimientos de atención médica de alta especialidad, como parte de protocolos de investigación, revisados y aprobados por una Comisión de Ética, bajo la atención de equipos multidisciplinarios y sólo si presentan comorbilidades importantes.

En el caso de los dos numerales anteriores, la selección del tipo de técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad, deberá estar basada y justificada en la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario.

6.2.2. La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anesthesiólogo, internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica.

La disposición anterior no es limitativa, cuando la evaluación del caso de un paciente en particular requiera de la intervención de otros especialistas, podrán participar sin ningún problema.

7. Del tratamiento Endoscópico.

7.1. El uso de procedimientos endoscópicos, estará indicado en pacientes con IMC mayor o igual a 40 kg/m² o mayor o igual a 35 kg/m² asociados a comorbilidad y en pacientes de alto riesgo que requieran una reducción de peso previa al tratamiento quirúrgico, así como en aquellos que se encuentren en un programa de manejo multidisciplinario y no acepten un tratamiento quirúrgico.

7.2. La indicación de tratamiento endoscópico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado al menos por: cirujano, anesthesiólogo, médico internista, licenciado en nutrición y psicólogo clínico; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica. La disposición anterior no es limitativa, cuando la evaluación del caso de un paciente en particular requiera de la intervención de otros especialistas, podrán participar sin ningún problema.

7.3. Disposiciones comunes para el tratamiento quirúrgico o endoscópico.

7.3.1. Todo paciente con obesidad, candidato a cirugía o algún procedimiento endoscópico, no podrá ser intervenido quirúrgicamente sin antes haber sido estudiado en forma completa, con historia clínica, análisis de laboratorio y estudios de gabinete, valoración nutricional,

cardiovascular, anestesiológica, psicológica, en su caso psiquiátrica y cualquier otra que resulte necesaria para complementar el estudio del paciente. En el manejo se deben consultar las Guías de Práctica Clínica: Tratamiento Quirúrgico del Paciente Adulto con Obesidad Mórbida y la de Tratamiento Quirúrgico del Adolescente con Obesidad Mórbida;

7.4. El médico cirujano tendrá la obligación de informarle al paciente respecto de los procedimientos quirúrgicos o endoscópicos a realizar, sus ventajas, desventajas y riesgos a corto, mediano y largo plazo;

7.4.1. El médico tratante deberá recabar la carta de consentimiento informado, en los términos que establece la NOM-168-SSA1-1998.

7.4.2. Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad, deben ser de tipo restrictivo, mal absorbido o mixto; deben ofrecer al paciente las mejores alternativas y beneficios para el manejo y control de la obesidad, así como su comorbilidad, con el menor riesgo posible en las etapas pre, trans y postquirúrgicas;

7.5. Las unidades hospitalarias donde se realicen actos quirúrgicos y endoscópicos para el tratamiento integral de la obesidad, deberán contar con todos los insumos necesarios para satisfacer los requerimientos de una cirugía mayor en pacientes de alto riesgo. Los insumos mencionados, deberán estar registrados ante la Secretaría de Salud;

7.6. El médico tratante deberá comprobar documentalmente ser especialista en: cirugía general, cirugía pediátrica o endoscopia, según sea el caso, haber recibido adiestramiento en cirugía bariátrica y conocer el tratamiento integral del paciente obeso.

7.7. El médico tratante deberá comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer seguimiento del paciente intervenido quirúrgicamente. El tiempo, frecuencia y características del seguimiento, dependerán de la técnica quirúrgica utilizada y de la respuesta del paciente;

7.8. El médico tratante referirá al paciente al nutriólogo o psicólogo, cuando el caso lo requiera;

7.9. El médico tratante deberá informar y orientar al paciente sobre los beneficios que representa para la salud, el llevar una alimentación correcta, de conformidad con lo establecido en la NOM-043-SSA2-2005, referida en el numeral 3.3. de esta norma. Asimismo, deberá hacer énfasis sobre los riesgos que representan para la salud el sobrepeso y la obesidad.

8. Del tratamiento nutricional

La participación del nutriólogo comprende:

8.1. El tratamiento nutricional que implica:

8.1.1. Valoración nutricia: evaluación del estado nutricional mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, bioquímicos y de estilo de vida;

8.1.2. Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimentarios; y

8.1.3. Control: seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones.

8.2. La dieta deberá ser individualizada, atendiendo a las circunstancias específicas de cada paciente, en términos de los criterios mencionados en esta norma.

8.3. Referir al paciente a tratamiento médico o psicológico, cuando el caso lo requiera.

9. Del tratamiento psicológico

9.1. La participación del psicólogo clínico comprende:

9.1.1. La valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias;

9.1.2. El tratamiento y el manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso u obesidad;

9.1.3. La referencia al nutriólogo, médico o psiquiatra, cuando el caso lo requiera.

10. De la infraestructura y equipamiento

10.1. Los establecimientos donde se oferte tratamiento no quirúrgico del sobrepeso y la obesidad, deberán cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento especificados en la NOM-178-SSA1-1998, referida en el numeral 3.5 de esta norma, de acuerdo con la función del establecimiento, siendo indispensable que cuenten con lo siguiente:

10.1.1. Báscula clínica con este dímetro;

10.1.2. Cinta antropométrica; y

10.1.3. Los demás que fijen las disposiciones sanitarias.

10.2. Los establecimientos hospitalarios deberán poseer la infraestructura y equipamiento que al respecto señala la NOM-197-SSA1-2000, referida en el numeral 3.6 de esta norma.

