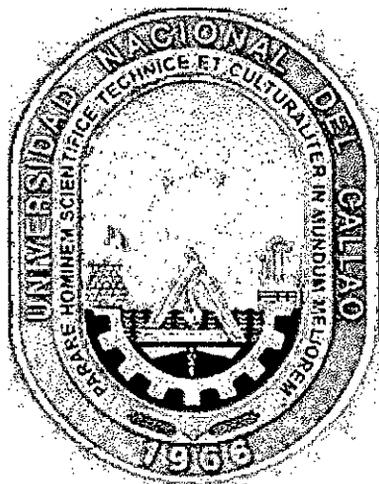


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ESTRATEGIA
ADOLESCENTE DESARROLLADA EN CAP III METROPOLITANO
ESSALUD, PIURA 2013 - 2015

INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

CARLA PATRICIA CUBAS OLANO

Callao, 2017
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación:184-2017

Fecha de aprobación: 29 de Junio 2017

Resolución de Decanato N°1641-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Págs.:
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	6
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL	11
2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS	30
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 FASES DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	33
IV. RESULTADOS	36
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. REFERENCIALES	45

INTRODUCCIÓN

La obesidad y sobrepeso han tenido un rápido crecimiento en los últimos 30 años, no solo en los países industrializados, sino que estos problemas son ahora tan severos en las naciones en desarrollo, que han llegado a ocupar un lugar preponderante entre las preocupaciones tradicionales en el campo de la salud pública, como en su momento han sido la desnutrición o las enfermedades infecciosas.

De esta manera actualmente se tiene probabilidades de padecer a edad más temprana enfermedades no transmisibles como son la diabetes, HTA, enfermedades degenerativas y cardiovasculares.

Por lo tanto, la salud juega un papel fundamental, ya que resulta esencial para el desarrollo de las capacidades físicas, de razonamiento, funcionamiento cognitivo e interacción social, particularmente durante la adolescencia ya que un buen nivel de salud brindará un buen desempeño de los individuos en sus actividades diarias.

Para Enfermería, la educación para la salud es una herramienta preventiva y promocional que a través de la implementación de programas que contribuye a la adopción de hábitos alimentarios saludables en la población, pues el riesgo atribuible de obesidad adulta podría haber sido evitada si se hubiera tratado durante la infancia y adolescencia, por tal motivo se debe dar prioridad a la prevención mediante intervenciones de enfermería eficaces

Esta situación obliga al personal de salud a implementar estrategias basadas en modelos de autocuidado orientadas a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover la autonomía de las personas donde la detección de adolescentes con sobrepeso y obesidad resulta fundamental a la hora de tomar decisiones para desarrollar estrategias de intervención efectivas.

El presente trabajo narra la experiencia de entrar en contacto con la problemática y vivencias de los adolescentes, la implementación de una estrategia de intervención multidisciplinaria y los aportes encontrados producto de la aplicación de una base científica, encontrando un nuevo abordaje o visión en la consejería, que proporcione un impacto sostenido para disminuir la incidencia de sobrepeso/obesidad en adolescentes.

De esta manera podremos contribuir con nuestra comunidad, profesión y a nivel personal, para mejorar nuestra calidad de vida.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

El incremento de peso en los adolescentes, ha sido considerado por la OMS un problema de salud Pública, con características epidémicas; es muy preocupante el hecho de que cada vez sean más numerosos los niños, adolescentes y jóvenes afectados por sobrepeso y obesidad, independientemente de su condición social (13-15).

Actualmente hay el doble de niños con sobrepeso en los E.U.A. que hace veinte años. En el mismo país, en niños y adolescentes de entre 6 y 17 años, se han registrado diferencias según su origen (16): los hispanos/mexicanos tienen más obesidad (17%) que los negros (12%) y estos más que los blancos (10%). En Sudamérica, datos de Chile indican que el porcentaje de varones escolares con obesidad creció de 6.5% en 1987 a 13.1% en 1996 y que en las mujeres se incrementó de 7,7% a 14,7%. En México, uno de cada cuatro niños de edades comprendidas entre 4 y 10 años tiene sobrepeso. En el Ecuador, 14 de cada 100 escolares de 8 años tuvo exceso de peso en el 2001 (15).

En el Perú el 18,3 % de las personas mayores de 15 años tienen obesidad y el 33,8 % tienen sobrepeso Concentrándose esta incidencia en la costa norte del Perú.

Con un incremento en las poblaciones de Piura (36.7%), Lima (22.8%), Huaraz (18.3%) y Tarapoto (17%) en relación con otras Regiones del Perú.

Durante las atenciones de Enfermería, en la Estrategia Adolescente del CAP III Metropolitano – Piura; se ha encontrado una alta incidencia de sobrepeso en adolescentes, identificándose como una de las principales causas la disfuncionalidad familiar; comprendiéndose a la obesidad como una enfermedad originada por inadecuados estilos de vida, adoptados desde la primera infancia.

Cabe señalar que un tercio de los pre-escolares y la mitad de los escolares con obesidad tendrán obesidad en su adultez y estarán expuestos a un alto riesgo de padecer diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial así como estados de ansiedad y depresión con baja autoestima (20).

De manera que la obesidad en la infancia y adolescencia es un factor pronóstico de la obesidad en el adulto. Así, se estima que el 80% de los adultos con obesidad severa tenían obesidad durante la adolescencia.

Finalmente se ha demostrado que el tratamiento de la obesidad requiere una intervención integral donde la familia esté involucrada, enfrentándonos a un desafío de enfoque trascendental, pues sólo así se logrará asegurar cambios permanentes en el estilo de vida del paciente.

1.2 Objetivo de la Investigación

Describir la Intervención de Enfermería en la Estrategia Adolescente del CAPIII Metropolitano – EsSalud Piura 2013-2015.

1.3 Justificación

La incidencia de adolescentes con sobrepeso en la ciudad de Piura, está en aumento, producto de un entorno familiar y estilos de vida poco saludable, cursando con prevalencias de desnutrición asociadas a obesidad, incluso en el mismo hogar.

Por ello, el propósito del presente informe es dar a conocer mi experiencia centrado en la función Familiar con intervención multidisciplinaria abordando a las familias, con enfoque integral y oportuno; para lograr asegurar cambios permanentes en el estilo de vida del adolescente.

De ésta manera podremos contribuir con el crecimiento y desarrollo de los habitantes de nuestra Región, reduciendo el riesgo de trastornos psicosociales y físicos como la diabetes, HTA, enfermedades cardiovasculares, asmáticas y oseodegenerativas.

Además este informe pretende constituirse en una guía, que permite ampliar la visión durante las intervenciones de la Estrategia del Adolescente, para el estudiante y el Licenciado en Enfermería que desarrolla el área.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

MARTINEZ, D; ALVARADO, J; CAMPOS, H; ELIZANDO, K; ESQUIVEL, H; (2013). "Intervenciones de Enfermería en la Adolescencia: Experiencia en una Institución Educativa Secundaria", la adolescencia es una etapa clave de la vida para el empoderamiento que se debe tener de la salud, sin embargo presenta muchas necesidades que aún los equipos de salud no han resuelto. En este artículo se presenta un análisis de la situación de salud de un grupo de adolescentes que asiste una institución pública de educación superior y la intervención realizada por estudiantes de Enfermería, enfocada en crear condiciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. La presente investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo y fue realizada en una institución de estudios secundarios, en el período comprendido de setiembre a noviembre del año 2012. Se trabajó con alumnas y alumnos de octavo y noveno año con una muestra a conveniencia. Los principales resultados señalaron necesidades en sexualidad, hábitos de vida saludables y resolución de conflictos. Para abordar estos temas se desarrollaron distintas estrategias planificadas, organizadas, dirigidas y controladas por las personas responsables. Se concluye que la educación en salud de los y las adolescentes es un problema de salud pública que los y las enfermeras deben satisfacer. Entre las conclusiones encontradas

podemos mencionar que existe una importante necesidad de educación en salud en los y las adolescentes, principalmente en temas como sexualidad y nutrición, por lo cual el abordaje realizado estuvo lejos de mitos y tabúes, para poder dar una intervención adecuada y proporcionar herramientas útiles a la población adolescente. En cuanto al aspecto de relaciones interpersonales y manejo de conflictos se evidenció que las actividades realizadas con los y las estudiantes como los talleres permitieron sensibilizar a la población con la que se trabajó sobre la importancia de ser asertivos para la resolución de conflictos, aportando herramientas útiles para su desarrollo como personas.

F. TEJO MARTÍNEZ (2010) "APLICACIÓN DEL MODELO DE NOLA PENDER A UN ADOLESCENTE CON SEDENTARISMO". Se estudió el caso de un adolescente con sedentarismo y malos hábitos dietéticos, operacionalizando los conceptos principales del Modelo de Promoción a la Salud de la doctora Nola Pender, se construyó un instrumento con base a los conceptos del modelo y se aplicó al adolescente para identificar los motivos por los cuáles un joven no hacía ejercicio y consumía alimentos chatarra, se realizó intervención de enfermería enfocada a la promoción a la salud, en especial en los beneficios del ejercicio y una dieta balanceada, se dio seguimiento a los seis meses y al año, obteniéndose como resultado, que el adolescente modificara sus hábitos alimenticios, empezar a hacer ejercicio con lo que ha disminuido su índice de masa

corporal (IMC) de 27.4 a 23.5 y su peso de 84 a 72 kg ubicándose dentro de su peso ideal para su edad.

La aplicación del Modelo de Pender, ofrece la posibilidad de llevar a cabo una adecuada promoción a la salud antes de que se presenten complicaciones que pongan en riesgo a la población, el presente estudio es un intento de operacionalizar el modelo y hacerlo funcional para los profesionales de enfermería sobre todo a los que tienen como tarea la atención primaria de la comunidad.

J.F ORTEGA (2011), "Funcionamiento Familiar y Sobrepeso Infantil: La Perspectiva de Niños Mexicanos". Para la validación del instrumento de funcionamiento familiar participaron 432 niños entre 7 y 11 años de edad. De éstos, 352 fueron alumnos de tres escuelas primarias del Distrito Federal.

Otros 80 participantes fueron niños a los que se les pidió contestar el cuestionario en parques y lugares recreativos.

En total, 236 eran mujeres (54.62%) y 196 (45.37%) hombres. La edad media fue de 8.90 años. Dentro de la muestra total de 432 se identificaron 75 participantes con sobrepeso. Se llevó a cabo una comparación entre éstos y 75 participantes con peso normal que fueron seleccionados considerando características demográficas en cuanto a sexo y edad similares a las de los participantes con sobrepeso. En cada grupo había 40 mujeres y 35 hombres. La edad promedio de los grupos fue 9.80 años.

Los resultados arrojaron diferencias significativas en las cuatro dimensiones contenidas en el instrumento, por lo que se comprobó que las familias de los niños con sobrepeso, tienen características de funcionamiento diferentes a las familias de niños con un peso normal.

P. RIVERA VÁSQUEZ Y COL (2016) "Intervención Educativa por Enfermería en Adolescentes con Obesidad y Sobrepeso". El presente trabajo evalúa una intervención educativa efectuada por enfermería sobre aspectos nutricionales en adolescentes con obesidad y sobrepeso en una escuela pública de Cd Victoria. El método se realizó a través de un estudio cuasi-experimental con 54 estudiantes conforme a lo dispuesto en la Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones de Enfermería en la prevención del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención mediante muestreo probabilístico por conveniencia. Entre los resultados podemos encontrar que antes de la intervención el 64.8% de los adolescentes contaban con bajo nivel de conocimiento. En la post-intervención el 46.2% obtuvo conocimiento excelente y 48.1% mejoró su conocimiento de regular a bueno. Concluyendo que la intervención educativa es una estrategia efectiva para fomentar el autocuidado de la salud a través de la Enfermería escolar.

2.2 Marco Conceptual

Estrategia Adolescente

La *salud integral del adolescente* comprende, según la OMS, el bienestar físico, mental, social y espiritual de los jóvenes e incluye aspectos relacionados con su desarrollo educativo, la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde con su cultura, y el desarrollo de su máxima potencialidad.

El abordaje integral del desarrollo y la salud de los adolescentes requiere un equilibrio óptimo entre las acciones destinadas a estimular el crecimiento y desarrollo personal, y aquellas dirigidas a prevenir o a responder a determinados problemas.

En el siglo XX, han existido diferentes modelos de atención de los adolescentes. Dina Krauskopf refiere, entre otros autores, que el modelo tradicional consideraba que los adolescentes eran predominantemente sanos, se enfermaban menos en comparación con los niños y adultos. Se los visualizaba como carentes de madurez social y como menores, bajo la protección de los padres y del Estado. Dentro de este marco conceptual, los servicios se diferenciaban en dos grupos: «para adultos» o «para niños» y el/la adolescente era atendido según edad o apariencia en uno o en otro servicio.

Posteriormente, aparece la idea que los/las adolescentes son difíciles y entrañan un riesgo para la sociedad. Se define la adolescencia como una etapa de riesgo. Los/las adolescentes son categorizados por sus

comportamientos y, así, se los clasifica en los drogadictos, las embarazadas, en los que poseen trastornos de la conducta alimentaria, etcétera. Y ese rasgo más visualizado les da identidad y excluye las diferencias entre las personas de la misma categoría. La atención y la prevención se organizan a fin de eliminar los problemas. Los servicios se dedican a la solución de embarazos, delincuencia, drogas, etcétera. Paulatinamente, se va creando el concepto de salud integral.

La Convención de los Derechos del Niño, reconocida por la mayoría de los estados, señala que deben tenerse en cuenta las opiniones del niño en función de su edad y madurez y afirma su derecho a la salud, educación y a la participación social. Los adolescentes tienen capacidades y derechos para intervenir en el presente, construir su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo en forma democrática y participativa. Para, efectivamente, poder ejercer sus derechos requieren acompañamiento, asesoría y formación de herramientas para la autoconducción. Hay aspectos difíciles de resolver:

- Cómo cuidar de la salud de los adolescentes invisibilizados socialmente, aquellos que son marginales y quedan excluidos de la atención.
- Cómo acompañar a los sobrevivientes que cabalgan entre la consulta con el profesional de cabecera, con el especialista y, superada la "edad adolescente", con el mundo adulto.

A menudo las conductas alimentarias se relacionan con disfunciones familiares, problemas de autoestima y sociabilidad que, de no ser abordados, pueden tener consecuencias en la vida social y afectiva.

En 2016, la Asamblea Mundial de la Salud acogió con satisfacción el informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil y sus seis recomendaciones a fin de dar respuesta al entorno obesogénico y los periodos cruciales en el ciclo de vida de manera que se combatiera la obesidad infantil. La Asamblea pidió a la Directora General que elaborara un plan de ejecución para orientar la adopción de nuevas medidas.

Los problemas de salud que afectan a los jóvenes con sobrepeso incluyen:

- Enfermedad de Blount (o tibia vara). El hecho de que unos huesos en proceso de crecimiento tengan que cargar un exceso de peso puede provocar esta deformidad ósea en las pantorrillas.
- Artrosis. El desgaste y la inflamación de unas articulaciones que tienen que cargar un exceso de peso pueden provocar este problema articular doloroso a edades tempranas.
- Desplazamiento de la cabeza del fémur. Los niños y jóvenes obesos están en situación de riesgo de desarrollar este doloroso problema de cadera que requiere atención inmediata y cirugía para impedir que la articulación se deteriore todavía más.

- **Asma.** La obesidad se asocia a problemas respiratorios que pueden repercutir negativamente sobre las relaciones sociales, ya que es posible que los afectados no puedan seguir el ritmo de los demás chicos de su edad. El asma también puede repercutir sobre la práctica deportiva, pudiendo dificultar en casos extremos hasta los desplazamientos entre clases.
- **Apnea del sueño.** Este trastorno (en el que una persona deja de respirar temporalmente mientras duerme) es un problema grave para muchos adultos y niños con sobrepeso. No solo interrumpe el sueño sino que la apnea del sueño puede cursar con un profundo cansancio y repercutir negativamente sobre la capacidad de concentración. También puede provocar, a la larga, problemas cardíacos.
- **Hipertensión arterial.** Cuando la tensión arterial está demasiado alta, el corazón debe bombear más fuerte y las arterias deben transportar sangre a mayor presión. Si el problema continúa durante mucho tiempo, el corazón y las arterias pueden dejar de funcionar como deberían. Aunque es muy poco frecuente en la gente joven, la hipertensión arterial es mucho más frecuente en los jóvenes que tienen sobrepeso u obesidad.
- **Colesterol alto.** Mucho antes de encontrarse mal, los jóvenes obesos pueden tener concentraciones anómalas de lípidos en sangre, incluyendo colesterol LDL (de baja densidad, o "malo")

alto, colesterol HDL (de alta densidad, o "bueno") bajo y triglicéridos altos. Esto aumenta el riesgo de infarto y de apoplejía con la edad.

- Cálculos biliares. La acumulación y endurecimiento de la bilis en la vesícula biliar forma cálculos biliares, que pueden ser dolorosos y requerir cirugía.
- Hígado graso. La acumulación de grasa en el hígado puede provocar inflamación, cicatrices y lesiones hepáticas permanentes.
- Hipertensión intracraneal benigna. Se trata de un cuadro benigno caracterizado por el aumento de la presión intracraneal que es una causa muy infrecuente de fuertes dolores de cabeza en jóvenes y adultos obesos. Además del dolor de cabeza, los síntomas pueden incluir vómitos, marcha inestable y problemas de visión que, de no tratarse, pueden hacerse permanentes.

Adolescencia, es en esta fase donde se experimentan los cambios más notables los cuales se dan a nivel social, sexual, físico y psicológico. También es aquí donde se extienden y se amplían los contactos con las personas y se distancian emocionalmente de su propia familia, principalmente de los padres.

Los cambios provocados por la pubertad tienen una incidencia fundamental en el proceso de independencia y autonomía de la familia por parte del adolescente. Además en esta fase los intereses afectivos de

los jóvenes abandonan masivamente el ámbito familiar, estableciendo nuevas selecciones de objetos afectivos extrafamiliares como es propio de todo adulto.

Etapas de la Adolescencia.

La adolescencia se divide en tres etapas las cuales son "pubertad, adolescencia media y adolescencia tardía" y las características de cada una de estas son las siguientes:

- Pubertad: Se da entre los 12 y 14 años: en este período se da el desarrollo de los órganos reproductores y los genitales externos ya que las actividades hormonales producen ciertos cambios en la pubertad, también es durante esta etapa cuando se busca la construcción de la identidad y la reconstrucción de los vínculos con el mundo exterior.
- Adolescencia Media: Se da entre los 15 y 16 años: el desarrollo físico ha concluido, y falta realizar la integración con la sociedad.
- Adolescencia Tardía: Se da entre los 17 y 20 años: aquí el adolescente comienza a preguntarse hacia dónde va y busca darse cuenta cuál es su vocación.

U. Ledesma (LEDESMA, 2004) argumenta que la adolescencia termina cuando la persona empieza a desarrollar y asumir labores propias del adulto joven, es decir se origina el reconocimiento del sí mismo como un ser independiente, con identidad propia definida y con un plan de vida.

Estilos de Vida del Adolescente

El concepto de estilo de vida se relaciona con las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos que se asocian y dependen de los sistemas psicosociales y socioculturales. Los estilos de vida hacen referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como características de alimentación, horas de sueño o descanso, consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, actividad física y vida sexual. Pueden ser saludables o nocivos para la salud y guardan estrecha relación con los hábitos y la forma de vida de la persona y su colectividad (FNUAP, 2002).

El marketing y la publicidad; las diferentes manifestaciones culturales de la adolescencia; la generalización del consumo de tabaco, alcohol y psicoactivos; la televisión, la Internet, y en general todo lo que caracteriza a la vida actual, han tenido un gran impacto en la sociedad y la cultura, originando cambios en los hábitos, a los cuales los adolescentes no han sido ajenos. (MONTÓN, 2000)

Estos cambios se han constituido en el generador de nuevos estilos de vida, interfiriendo en la concepción y en la práctica de nuevas formas de vivir, y de cómo y en qué se utiliza el tiempo libre, dando como resultado el comportamiento que caracteriza a los adolescentes.

Montón, afirma que los nuevos estilos de vida adoptados por los adolescentes han disparado la presentación de eventos de salud relacionados con la nutrición, el alcoholismo, el consumo de sustancias

psicoactivas, el tabaquismo, y enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Eventos que no solo dependen de elecciones individuales, también están influenciados por las condiciones económicas, sociales, culturales y ocupacionales de los adolescentes (MONTÓN, 2000).

La Organización Mundial de la Salud, afirma que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y recomienda que los gobiernos destinen más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades (OMS, 2001).

Esta organización plantea que hábitos inadecuados en los estilos de vida, afectan la salud de la población, especialmente por: el consumo de sustancias tóxicas y psicoactivas (tabaco, alcohol y drogas), el comportamiento sexual, los hábitos alimentarios, la utilización del tiempo libre, la actividad física, el tiempo de descanso y sueño, el estrés y las relaciones interpersonales, entre otras (OMS, 2001).

De ésta manera se permite caracterizar los estilos de vida de los adolescentes y evidenciar que éstos se constituyen en factores de riesgo para su salud y bienestar.

Sobrepeso – Obesidad

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

diferentes personas. (OBESIDAD Y SOBREPESO NOTA DESCRIPTIVA N°331, , 2014 - MAYO).

Para la evaluación antropométrica nutricional para los adolescentes; empleamos las tablas de valoración siguiendo las Normas para la valoración nutricional Antropométrica para la Etapa de Vida Adolescente mujer; el diagnóstico nutricional antropométrico de sobrepeso u obesidad se tomó del indicador IMC//E (ANTROPOMETRIA - OMS, 2007).

Un desequilibrio entre ingestión y gasto energético de apenas 1% puede producir una acumulación excesiva de grasa. Así mismo, se ha observado que el sobrepeso y la obesidad en un niño pueden impactar su salud física y psicológica a corto, mediano y largo plazo, siendo así que, padecimientos como hiperlipidemia, hipertensión y tolerancia anormal a la glucosa ocurran con mayor frecuencia en esta etapa. (OBESIDAD Y SOBREPESO NOTA DESCRIPTIVA N° 331, 2014).

La influencia de factores genéticos y ambientales, favorecen el desarrollo de la obesidad; dado que la familia influye como ente generador de estilos de vida saludables o poco saludables lo que conlleva al desarrollo de un ambiente obesógeno.

La Familia

Según Fishman, 1995 es el contexto básico de aprendizaje para las personas. Como institución, es la fuente de las relaciones más duraderas y el primer sustento social del individuo, con pautas de relación que se

mantiene a lo largo de la vida, lo que la convierte en la instancia con mayores recursos para producir cambios.

Su composición demanda la influencia de patrones de interacción que están estructurados por una larga secuencia de estrategias que los integrantes de la familia adoptan para la ejecución de sus tareas, estrategias que ya establecidas, se vuelven rutinarias y resultan en principios que gobiernan la vida familiar.

Esto se transforma en reglas, entendidas éstas como patrones recurrentes de interacción que definen los límites de las conductas aceptables y apropiadas en la familia, reflejan sus valores como sistema y definen los roles sus miembros (ANDERSON Y SABATELLI, 2002).

Tal y como lo indican Anderson y Sabatelli (2002); O'Connor y McDermott (1998); Simon (1994) y, Watzlawick, Bavelas y Jackson (1993) la propiedad de totalidad, sugiere que la unidad que existe en cada familia, puede ser entendida únicamente al entender las reglas de interacción que estructuran el sistema.

TIPOS DE FAMILIA

Las Naciones Unidas según Zavala (2001) definen los siguientes tipos de familias, que es conveniente considerar debido al carácter universal y orientador del organismo mundial.

- Familia nuclear.-Integrada por padres e hijos.

- Familias uniparentales o monoparentales.-Se forman tras el fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la separación, el abandono o la decisión de no vivir juntos.
- Familias polígamas.-Son aquellas en las que un hombre vive con varias mujeres, o con menos frecuencia, una mujer se casa con varios hombres.
- Familias compuestas.- Incluye habitualmente tres generaciones; abuelos, padres e hijos que viven juntos.
- Familias extensas.- Además de tres generaciones, otros parientes tales como, tíos, tías, primos o sobrinos viven en el mismo hogar.
- Familia reorganizada.- Son aquellas que vienen de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas.
- Familias migrantes.- Compuestas por miembros que proceden de otros contextos sociales, generalmente, del campo hacia la ciudad.
- Familias apartadas.- Aquellas en las que existe aislamiento y distancia emocional entre sus miembros.
- Familias enredadas.- Son familias de padres predominantemente autoritarios.

Funciones de la familia

Tal y como lo afirman Uruk y Demir (URUK Y DEMIN, 2003), como grupo primario, la familia provee tres funciones básicas:

1. Un sentido de cohesión que se asume como el lazo emocional a partir del cual se crean las condiciones para la identificación con un grupo primario que fortalece la proximidad emocional, intelectual y física;
2. Un modelo de adaptabilidad que tiene como función básica mediar los cambios en la estructura de poder, en el desarrollo de las relaciones de roles y en la formación de reglas.
3. Una red de experiencias de comunicación mediante las cuales los individuos aprenden el arte de lenguaje, a interactuar, a escuchar y a negociar.

Aunado a estas funciones, en las sociedades patriarcales, el hombre tiene autoridad sobre todos los miembros de la familia, mientras que las mujeres son objeto de distintas formas de control y subordinación; su honor y por extensión el honor de su familia, dependen en gran medida de su virginidad y de su buena conducta (MOGHADAM, 2004).

Sin embargo, la estructura de la familia, vive una serie de cambios, debido entre otros elementos, al incremento en el índice de divorcios y la proliferación de familias reconstruidas, así como por el incremento de relaciones extramaritales y la cohabitación (BROWN, 2004); al aumento del nivel educativo de las personas (DÍAZ-GUERRERO, 2005a, b) y por el

crecimiento de las parejas LAT (LIVING-APART-TOGETHER DE JONGGIERVELD, 2004).

En estos cambios de la estructura familiar, intervienen los patrones de relación, entre los que sobresalen la colisión de intereses entre amor, familia y libertad personal; resaltando la lucha de hombres y mujeres por la compatibilidad entre trabajo y familia, amor y matrimonio. Lo que conlleva a la pérdida de las identidades sociales tradicionales y surgen las contradicciones de los roles de género: quién cuida los hijos, quién lava los platos o asea la casa, lo que antes se hacía sin preguntar, ahora hay que hablarlo, razonarlo, negociar y acordar (BECK Y BECK-GERNSHEIM, 2001; HADDOCK, SCHINDLER Y LYNESS, 2003).

Como se puede observar, las relaciones familiares implican movimiento y cambio, pero Hoffman (1992) indica que las familias demasiado conectadas no permiten ningún cambio y las que están demasiado fragmentadas están en peligro de dispersión, puntualiza, además, que la mayoría de las familias se encuentran en el centro de la gama y pocas son ejemplos puros de estas dos categorías.

En estas relaciones, intervienen las habilidades de comunicación y solución de problemas, especialmente cuando se considera que la relación puede ser conflictiva entre los miembros de la familia y, si el conflicto no se resuelve, es difícil restaurar patrones equitativos de funcionamiento familiar (MARTIN, D. Y MARTIN, M., 2000).

Así, el funcionamiento familiar es un proceso en el que participa el individuo, la familia y la cultura (MC GOLDRICK Y CARTER, 2003) y cuya capacidad de cambio comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones: afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas (LEE, E., PARK, SONG, LEE, I. Y KIM, 2002).

Dimensiones que están interrelacionadas, de tal forma que al modificarse una de ellas, las demás también cambiarán (BREUNLIN, 1991; PALOMAR, 1998).

Dimensiones del funcionamiento familiar

Según Beavers y Hampson (2000) y Beavers y Voeller (1983): las competencias y los estilos, lo que significa que la estructura, flexibilidad y capacidades de una familia y sus miembros, son representados en una dimensión, y los estilos empleados en otra.

También se alude al funcionamiento familiar en términos de estructura, organización y patrones transaccionales de la unidad familiar, descrita a partir de seis dimensiones: solución de problemas, comunicación, roles, sensibilidad afectiva, involucramiento afectivo y control del comportamiento (EPSTEIN, BISHOP Y LEVINE, 1978; MILLER, RYAN, KEITNER, BISHOP Y EPSTEIN, 2000).

Aunado a estos elementos, se mencionan tres dimensiones de la conducta familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación. Se resalta que estas dimensiones son fortalezas y atributos que ayudan a la familia a tratar con mayor eficacia las tensiones y situaciones de estrés (OLSON,

1991A; 2000; OLSON, RUSSELL Y SPRENKLE, 1983; OLSON, SPRENKLE Y RUSSELL, 1979).

En cuanto al manejo del estrés, se indica que el proceso de enfrentamiento, es el aspecto clave para entender las respuestas de la familia a los eventos estresantes de la vida, respuestas en las que interviene la fortaleza de la unidad familiar y sentido de coherencia, como predictores en la capacidad de enfrentamiento de la familia (ENNS, REDDON Y MCDONALD, 1999; LAVEE, MCCUBBIN Y OLSON, 1987).

Por otro lado, se denota que para comprender como los procesos familiares se ven influenciados por los diferentes ambientes en los que los miembros de la familia se desenvuelven, se debe tener presente las transiciones ecológicas, entendidas éstas como los cambios de rol que ocurren a lo largo de la vida (BRONFENBRENNER, 1987; MEYERS, VARKEY Y AGUIRRE, 2002).

Como se puede observar en los planteamientos previos, se le da mayor énfasis a determinados aspectos sobre otros, es el caso los que denotan como primordial la relación de la familia con su contexto social o los que priorizan lo instrumental, o los que mencionan la parte afectiva, la importancia de los límites, la cercanía y la comunicación, así como las conductas de enfrentamiento ante situaciones adversas.

Estas diferencias en los aspectos que se consideran importantes en las relaciones familiares, han derivado en una serie de tipologías familiares e instrumentos de medición acordes con los planteamientos mencionados.

El presente informe tiene como pilares de su estructura a las teorías de Dorothea Orem y Nola Pender; siendo la primera quien analiza la causalidad del déficit del autocuidado, en este caso del adolescente y luego Nola Pender, nos proporciona aquellas actividades de promoción de la Salud que mantienen o intensifican el bienestar de la persona.

La Teoría de Dorothea Orem, trata de tres subteorías relacionadas:

- La 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, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- 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.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de

condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.
- La 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 teoría de sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Modelo de la Nola Pender, el modelo de promoción a la salud de Pender, está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es definida como aquellas actividades realizadas para el desarrollo de recursos que mantengan o intensifiquen el bienestar de la persona. El modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud.

El modelo de la promoción a la salud es básicamente un modelo de enfermería, para evaluar la acción de promoción a la salud y el comportamiento que conduce a la interrelación entre tres puntos principales:

1. Características y experiencias de los individuos.
2. Sensaciones y conocimiento en el comportamiento que se desea alcanzar.
3. Comportamiento de la promoción de la salud deseable.

En la construcción del modelo el autor uso como bases teóricas, la teoría de aprender social de Montgomery y modelo para evaluar expectativas, ambas teorías derivadas de la psicología.

Entre los principales conceptos del modelo, es que está dividido en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción a la salud una cada dimensión.

1. Conducta previa relacionada: la frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud.
2. Factores personales: se refiere a todos los factores relacionados con las personas que influyen en el individuo para que se relacione con su medio para desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales, además de los beneficios percibidos de las

acciones promotoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas.

3. Influencias situacionales: son las percepciones y cogniciones de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.
4. Factores cognitivo - preceptuales: son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud.

2.3 Definición de términos

- a) La Intervención de Enfermería, puesta en escena por las enfermeras o enfermeros incluye cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, que tienen como objetivo principal, priorizar y optimizar el bienestar tanto físico como psicosocial del paciente en todas las etapas de su vida. Es así donde enfermería cumple un papel muy importante para ayudar a mejorar el bienestar psicológico y seguridad física del usuario o paciente. (LEON, 2017)
- b) Adolescencia Para la OMS, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud – 10 y 24 años – la pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en

las niñas y a los 11 años en los niños y llega hasta los 14 – 15 años.

La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años.

- c) Familia Disfuncional, refiere en la enciclopedia Wikipedia es una familia en la que los conflictos, la mala conducta y muchas veces el abuso por parte de los miembros individuales se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros acomodarse a tales acciones.
- d) La OMS define el sobrepeso; como exceso de peso corporal comparado con la talla, mientras que la obesidad como la condición en la cual el exceso de tejido adiposo afecta de manera adversa la salud y el bienestar.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La presente información fue obtenida a través de la entrevista sostenida con los adolescentes, en el Centro de Atención Primaria III Metropolitano EsSalud, provenientes de las diferentes Instituciones Educativas de la ciudad de Piura, durante el período enero 2013 – diciembre 2015.

Información que fue registrada en la ficha CLAMP, la misma que es una historia clínica integral y multidisciplinaria; llegando a aplicarse a 100 adolescentes, de los cuales se encontró que 36 de ellos (aproximadamente el 30%) tienen sobrepeso/obesidad.

Luego se seleccionaron al azar 36 adolescentes eutróficos para comparar el nivel de funcionalidad familiar y analizar la relación que existe con el diagnóstico nutricional.

3.2 Experiencia profesional

La presente experiencia laboral se desarrolló en Centro de Atención Primaria III Metropolitano perteneciente a EsSalud, en el área destinada para desarrollar la Estrategia Adolescente, hace aproximadamente 6 años, desempeñándome como enfermera asistencial.

Sin embargo, he tenido la oportunidad de ejecutar programas de atención primaria, como Epidemiología, inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo así como de la Estrategia Adolescente, realizado funciones:

- Área asistencial:
 - Administrar biológicos, según esquema oficial.
 - Evaluación y control de CRED e Inmunizaciones.
 - Evaluación y control de Adolescentes.
- Área administrativa:
 - Analizar, valorar el resultado de proceso e impacto de los programas a mi cargo.
 - Implementar estrategias para incrementar metas.
 - Redacción de informes mensuales, trimestrales, semestrales y anuales.
- Área docente:
 - Diseñar, implementar y ejecutar talleres educativos dirigidos a los diferentes grupos etáreos de los programas a cargo, así como capacitación a profesionales del entorno laboral.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

La presente experiencia laboral tiene como base, los inicios de una problemática institucional, pues resulta que en los últimos 5 años se ha incrementado progresiva y geoméricamente los embarazos en adolescentes, el mismo que al ser asistido por la cobertura de EsSalud, genera un gasto significativo para las arcas de la Institución. Implementándose la Estrategia Adolescente, con una meta muy

ambiciosa, de 200 adolescentes controlados anualmente, sin recursos extras ni logística específica para lograr estos resultados.

Sin embargo se pudo lograr:

- Conformar un equipo multidisciplinario, conformado por un médico, enfermera, obstetra, nutricionista, odontología y psicología para la atención integral del adolescente.
- Un ambiente para la atención que funciona en horario programado.
- La aplicación de la ficha CLAMP.
- Talleres preventivo – promocionales.
- Implementación de un plan de trabajo anual.
- Los adolescentes fueron evaluados en antropometría, evaluación nutricional, agudeza visual, examen físico, consejería en salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, test de autoestima, función familiar, odontología y factores de riesgo.

Entre las situaciones encontradas, podemos resaltar embarazos no deseados, es decir alumnas que se encontraban cursando el nivel secundario y que aún no habían iniciado un primer control pre natal– en 1%, refrendando lo que cita la bibliografía – donde el inicio de las relaciones sexuales en Piura se inicia a los 12 años y en el 20% de la población adolescente.

Estados de ansiedad, depresión, sentimientos de desvalía, ante disfunciones familiares y sobrepeso/obesidad, en un 30% de las entrevistadas, tal como lo menciona la literatura.

Entre lo que llamo además la atención es la prevalencia de actitudes homosexuales en varones, quienes enfrentan un sentimiento de culpa por creer que es una conducta definitiva que marca su tendencia sexual, grande fue el alivio y la contribución para que muchos de ellos re direccionaran estas ideas.

Finalmente, entre los adolescentes con sobrepeso/obesidad pudieron acceder a una atención integral, de impacto sostenido y efectivo, incrementándose su autoestima y rendimiento académico.

IV. RESULTADOS

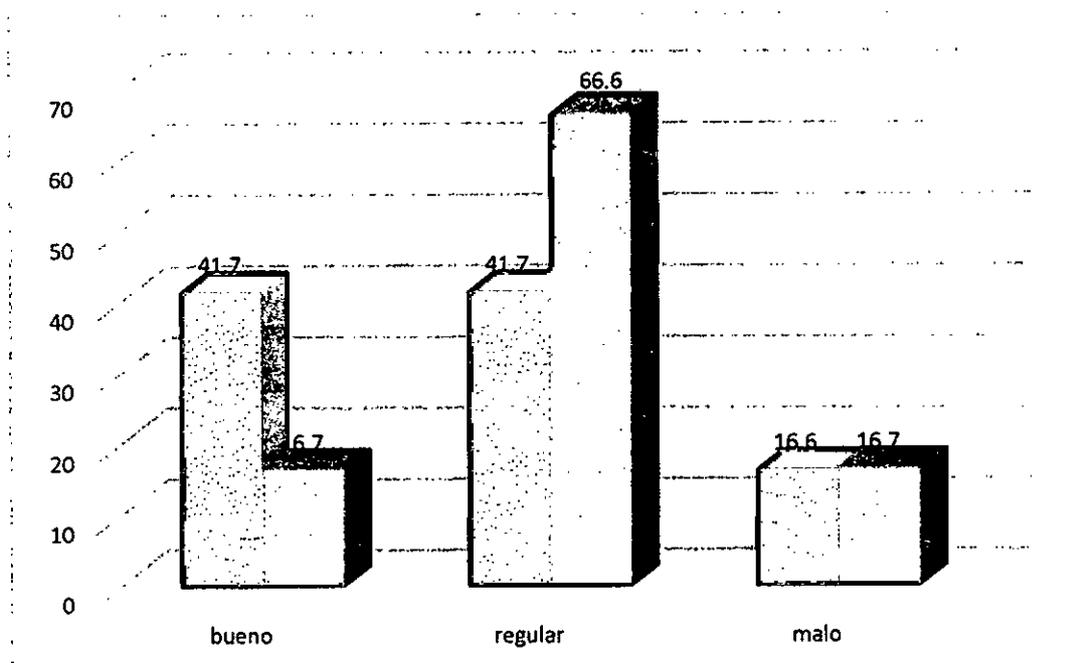
CUADRO 4.1

COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO/OBESIDAD SEGÚN INDICADOR DE COMUNICACIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAP. III. METROPOLITANO ESSALUD 2013 -2015

Funcionamiento familiar	Evaluación Nutricional					
	Eutróficos %		Sobrepeso/obesidad %		Total	
Bueno	15	47.7	6	16.7	21	29.16
Regular	15	47.7	24	66,6	39	54.16
Malo	6	16.6	6	16,7	12	16.66
Total	36	100	36	100	72	100

Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

GRÁFICO 4.1
COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y
SOBREPESO SEGÚN INDICADOR DE COMUNICACIÓN PARA EL
FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAPIII METROPOLITANO ESSALUD
2013-20115



Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

En el presente grafico podemos identificar que en general el nivel de comunicación de los adolescentes con sus padres, están en un nivel promedio, sin embargo el grupo de adolescentes con sobrepeso/obesidad tiene un mayor porcentaje (66,6 %) de brecha en comunicación con sus padres en relación a los eutróficos.

CUADRO 4.2

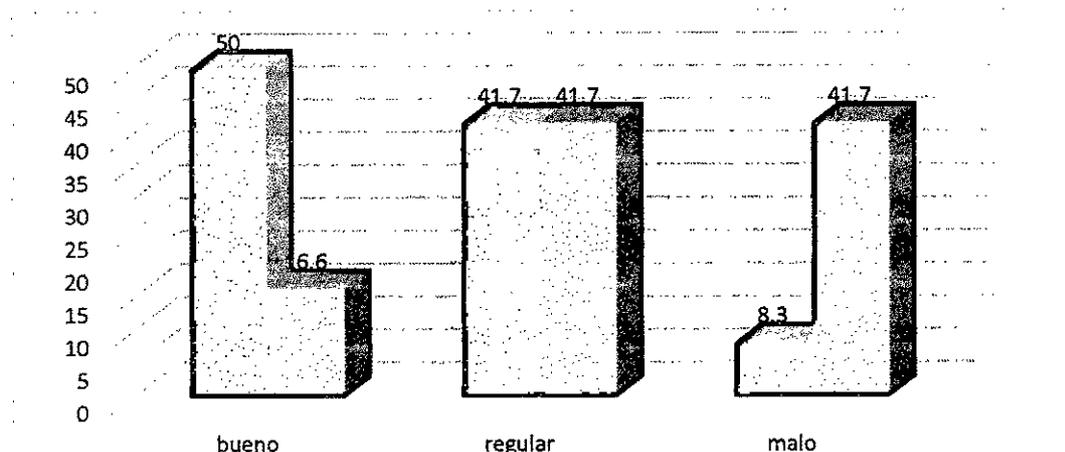
CUADRO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO/OBESIDAD SEGÚN EL INDICADOR DE COHESIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAPIII METROPOLITANO ESSALUD 2013 -2015.

Funcionamiento familiar	Evaluación Nutricional					
	Entropías %		Sobrepeso/obesidad %		Total	
Bueno	18	50	6	16.6	24	33.3
Regular	15	41.7	15	41.7	30	41.6
malo	3	8.3	15	41.7	18	25
Total	36	100	36	100	72	100

Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

GRÁFICO 4.2

COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO/OBESIDAD SEGÚN INDICADOR DE COHESIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAPIII METROPOLITANO ESSALUD 2013-2015



Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

Siendo la cohesión la capacidad de integrarse emocional y positivamente a la familia, los adolescentes con sobrepeso/obesidad tienen mayor dificultad (41.7%), en relación a sus congéneres con evaluación eutrófica, teniendo éstos últimos mejor cohesión en un 50%, favoreciendo la identificación con un grupo primario que fortalece la proximidad emocional, intelectual y física.

CUADRO 4.3

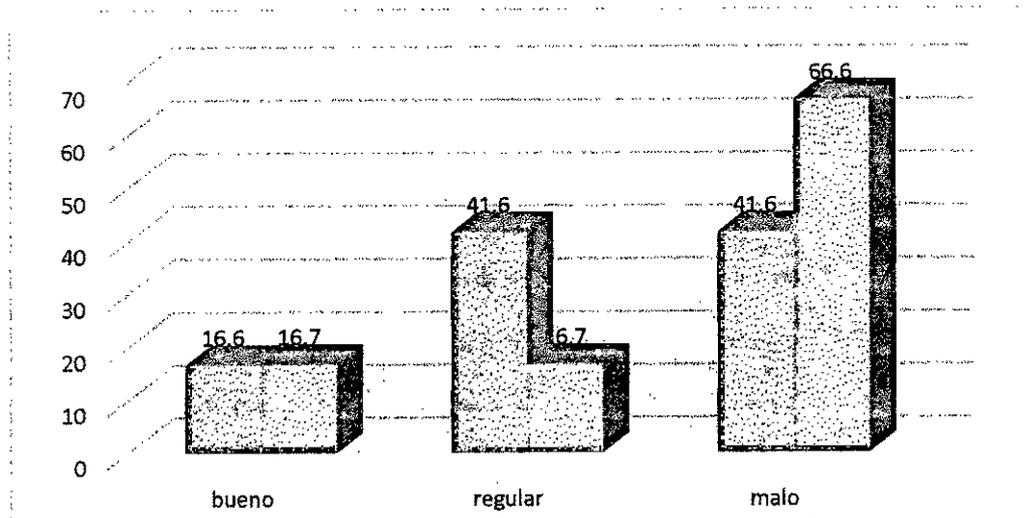
CUADRO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO / OBESIDAD SEGÚN EL INDICADOR DE EXPRESIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAP. III. METROPOLITANO ESSALUD 2013 -2015

Funcionamiento familiar	Evaluación Nutricional					
	Eutrófico %		Sobrepeso/obesidad %		Total%	
Bueno	6	16.6	6	16.7	12	17.0
Regular	15	41.6	6	16.7	21	29.0
malo	15	41.6	24	66.6	39	54.0
Total	36	100	36	100	72	100

Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

GRÁFICO 4.3

COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO/OBESIDAD SEGÚN INDICADOR DE EXPRESIÓN PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAPIII METROPOLITANO ESSALUD 2013-2015



Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

La capacidad de expresión afectiva, de ideas y sentimiento fortalece el desarrollo de la autoestima en los adolescentes, encontrándose que el 66,6 % de los que presentan obesidad/sobrepeso tienen mayores dificultades para entablar una expresión emocional idónea.

CUADRO 4.4

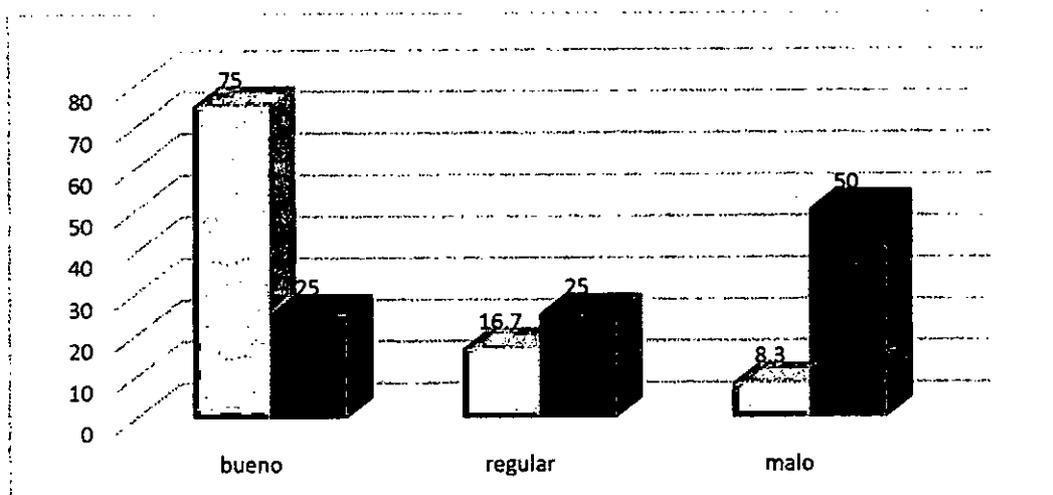
CUADRO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO/ OBESIDAD SEGÚN EL INDICADOR REGLAS Y ROLES PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAP III METROPOLITANO ESSALUD 2013 -2015

Funcionamiento familiar	Evaluación Nutricional					
	Eutrófico%		Sobrepeso/obesidad %		Total%	
Bueno	27	75	9	25	36	50
Regular	6	16,7	9	25	15	20.8
Malo	3	8,3	18	50	21	29.2
Total	36	100	36	100	72	100

Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

GRÁFICO 4.4

COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON PESO EUTRÓFICO Y SOBREPESO/OBESIDAD SEGÚN INDICADOR DE REGLAS Y ROLES PARA EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CAPIII METROPOLITANO ESSALUD 2013- 2015



Fuente: Ficha Clamp aplicada a adolescentes que asisten al CAPIII Metropolitano EsSalud 2013-2015.

Se observa que el 50% de los adolescentes con sobrepeso/obesidad tiene dificultad para aceptar reglas y roles, ya sea durante la elección y frecuencia del consumo de alimentos, pudiéndose evidenciar en la antropometría; a diferencia de los eutróficos quienes en un 75% pueden acatar órdenes y reglas en el hogar.

V. CONCLUSIONES

El producto de mi experiencia en la atención del Adolescente, me ha permitido:

- a. Al valorar a un adolescente con sobrepeso/obesidad, reconocer que pueden tener deficiencias en la funcionalidad familiar así como la necesidad de fortalecer su autoestima.
- b. La aplicación de los modelos de Enfermería, para operacionalizar y hacer funcional la intervención desde la estrategia para los Profesionales de Enfermería, que tienen como misión la atención primaria.
- c. Importancia de un enfoque multi e interdisciplinario.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Para el Personal de Enfermería: Implementar durante la consejería la valoración de la función familiar.
- b. Para la Institución, los talleres deben extenderse a la familia y contar con un equipo multidisciplinario.
- c. Para la Estrategia Adolescente, contar con Licenciados en Enfermería que trabajen en Instituciones Educativas, atendiendo a la población adolescente, quien quizás en muchas ocasiones sea lo último que «académicamente» lleve al entorno familiar e influencie a la siguiente generación.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Antropometría. USA.OMS. (2007).
2. Ledesma, U. La Adolescencia. México. (2004).
3. León, A.Y Intervención de Enfermería utilizando los criterios diagnósticos Nanda y Noc. en pacientes con ansiedad. España. (2017).
4. Martínez D, Alvarado J, Campos H, Elizandor K Intervención de Enfermería en la Adoslescencia: experiencia en una Institución Educativa secundaria. Revista Actual. Costa Rica. (2013).
5. Obesidad y Sobrepeso. MINSA. Perú.(2014).
6. Ortega Francisco J. Funcionamiento Familiar y Sobrepeso Infantil. La Perspectiva de niños mexicanos. México. (2011).
7. Rivera V, Castro C, De la Rosa R. Intervención educativa por Enfermería en adolescentes con obesidad y sobrepeso en una escuela pública. Revista de Salud Pública y Nutrición. México. (2016).