

50921  
/

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
"ZARAGOZA"

CARRERA DE ENFERMERIA

"DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA MAS FRECUENTES EN LA  
POBLACION DEL AREA DE INFLUENCIA DE LA CLINICA  
BRIMEX EN EL AÑO 2002"

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADAS EN ENFERMERIA**  
P R E S E N T A N ,  
**AGUILAR VICTORIA) LAURA**  
**MARTINEZ MARTINEZ ALEJANDRA**  
**PEDRAZA DE LUCIO GUADALUPE**

ASESOR: MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

MEXICO, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2003





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.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA**

**JEFATURA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERÍA**

**ACEPTACIÓN DE PRUEBA ESCRITA**

**JEFE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
PRESENTE**

✂ Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la pasante **AGUILAR VICTORIA LAURA** con el número de cuenta 9403104-9, de la carrera de Enfermería, bajo el título "*Diagnósticos de enfermería más frecuentes en la población del área de influencia de la Clínica BRINEX en el año 2002*".

**Atentamente**  
**"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"**  
México, D. F., a 13 de octubre de 2003.

  
**DIRECTOR DE TESIS**  
**MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER**



  
**Jefa de la Carrera**  
**LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI**

Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación por parte de los Sinodales para el Examen Profesional Oral.

C e p. Servicios Escolares  
C e p. Jefe de la carrera  
C e p. Alumno

TOE:aaa

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

2

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA**

**JEFATURA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERÍA**

**ACEPTACIÓN DE PRUEBA ESCRITA**

**LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI  
JEFE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
PRESENTE**

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la pasante **ALEJANDRA MARTINEZ MARTINEZ** con el número de cuenta 9855121-7, de la carrera de Enfermería, bajo el título "*Diagnósticos de enfermería más frecuentes en la población del área de influencia de la Clínica BRIMEX en el año 2002*".

Atentamente

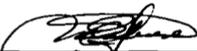
**"POR MI RAZA HABLARA EL ESPÍRITU"**

México, D. F., a 13 de octubre de 2003

  
DIRECTOR DE TESIS  
MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES



  
V.C. JEFE DE LA CARRERA  
LIC. ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSÁSTEGUI

Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación por parte de los Simuladores para el Examen Profesional Oral.

C.e.p. Servicios Escolares  
C.e.p. Jefe de la carrera  
C.e.p. Alumno

TOE 000

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

JEFATURA DE LA CARRERA DE  
ENFERMERÍA

ACEPTACIÓN DE PRUEBA ESCRITA

**JEFE DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
PRESENTE**

Me permito hacer de su conocimiento la aprobación del trabajo correspondiente a la prueba escrita del examen profesional de la pasante **PEDRAZA DE LUCIO GUADALUPE** con el número de cuenta 9855213-5, de la carrera de Enfermería, bajo el título *"Diagnósticos de enfermería más frecuentes en la población del área de influencia de la Clínica BRIMEX en el año 2002"*.

Atentamente  
**"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"**  
México, D. F., a 13 de octubre de 2003.

  
DIRECTOR DE TESIS

MTRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER



  
Bo. JEFA DE LA CARRERA

ENF. MA. TERESA ORTIZ ENSATEGUI

Nota: La impresión definitiva del trabajo no se podrá efectuar hasta obtenida la aprobación por parte de los Suscritos para el Examen Profesional Oral.

C.e.p. Servicios Escolares  
C.e.p. Jefe de la carrera  
C.e.p. Alumno

FOE aca

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2

## *Agradecimientos*

### *A Dios*

*A esa fuerza que todo lo mueve, por habernos permitido llegar a este punto de nuestras vidas en compañía de los seres que amamos y que forman parte fundamental de nosotras.*

### *A nuestras familias*

*Familia Aguilar Victoria, Martínez Martínez y Peñaza De Lario.  
Por su apoyo, amistad, amor y tolerancia durante los años de estudio, y la elaboración de este proyecto.*

### *A mi maestra Silvia Croya.*

*Por brindarnos parte de su tiempo, su amistad desinteresada y conocimientos para la elaboración de esta investigación.*

### *A nuestra casa de Estudios la*

*Universidad Nacional Autónoma de México  
y a los Profesores que fueron parte de nuestra formación académica dándonos su apoyo profesional y personal.*

*Un especial agradecimiento a la Clínica Brimerx y a cada una de las personas que colaboraron para la realización de esta investigación ya que forman parte de ella.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Dedicatorias*

### *A mis Padres*

Puesto que ellos me han dado la vida y su apoyo incondicional, además de su amor y deseos desinteresados, este trabajo es de ellos, ya que si no hubieran estado a mi lado guiándome y llevándome de la mano de Dios por este camino tan difícil no lo hubiera conseguido. A estas dos personas tan maravillosas y que tanto amo quiero darles eternamente las gracias y mi amor:

*Guadalupe y Guillermo.*

### *A mis hermanos*

Miguel Ángel, Lucilla y David, le doy gracias a Dios por haber puesto a estos seres maravillosos en mi vida y que tanto amo, a ellos gracias por formar parte de este esfuerzo y estar conmigo en todo momento.

### *A Fidel*

Por tu apoyo incondicional durante estos años que has permanecido a mi lado formando parte de mí, personal y profesionalmente, con cariño y respeto para la persona que amo.

### *A Lupita*

Puesto que iniciamos juntas un camino muy difícil y con muchos obstáculos, pero con la gracia de Dios y el apoyo de quienes nos rodean hemos superado y alcanzado una meta muy importante en este camino que aún no termina, y espero que sigamos siendo las mejores amigas para vencer unos obstáculos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Al Alca*

*Ya que hemos logrado cumplir un objetivo que nos habíamos propuesto juntas, yo con tu apoyo y tu con el mío, espero siempre decirte amiga, ya que tu me dejaste entrar en tu vida y tu siempre serás parte de la mía.*

*Una dedicatoria muy especial a todas y cada una de las personas que siempre han estado conmigo apoyándome en cada momento, familiares, amigos y quienes han confiado siempre en mí: a mi abuelita la Sra. Teresa Rojas Gloria, sin olvidar a aquellos que ya no están a mi lado en especial a mi abuelita la Sra. Lucila Isabel Lechuga Pérez.*

*Con cariño y amor  
Laura*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## *Dedicatorias*

*A mis papás*

*Por todo su apoyo, su amor incondicional por los esfuerzos que hicieron para que yo llegara a ser la persona que soy ahora, que aún con muchos defectos trato de ser un buen ser humano, ustedes me han dado mucho más de lo que yo pudiera haber imaginado y deseado, no tengo palabras suficientes para decirles que los amo, se que siempre hay tiempo para decirlo pero no lo hago muy seguido.*

*Con todo mi amor Alejandro y Alicia.*

*A mi Hermana Diana*

*Tu me enseñaste a ver la vida de una forma diferente, aunque no siempre bella, pero sí real, te quiero muchísimo me has apoyado y creo no te lo he dicho en las suficientes ocasiones eres muy importante para mí, gracias por tu apoyo.*

*A mi sobrino Alex*

*Por existir y enseñarme que lo mejor de la vida son las cosas más sencillas, una sonrisa, la alegría y el amor, tienes un lugar muy especial en mi vida y mi corazón Te amo muchísimo.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*A Lupita y Laura*

*Ustedes me brindaron su amistad en un momento en que yo la necesitaba mucho nunca imagine que ustedes serian seres humanos tan hermosos y de tan bellos sentimientos agradezco a Dios haberlas conocido espero que lo que la amistad que ha nacido entre nosotras perdure toda la vida. En verdad las quiero mucho.*

*A lo largo de mi vida han existido muchas personas familiares y amigos que han influido de forma positiva en mi vida que me han brindado su amor y su apoyo a todas ellas quiero decirles Gracias algunas de ellas aun están conmigo otras desgraciadamente me han dejado sin embargo han dejado en mi una huella que nunca se borrara y perdurara como algo muy especial dentro de mi en especial a mis tíos Juan y Flor.*

*Con todo mi amor*

*Alejandra.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Dedicatorias

*A mis padres*

*Por haberme dado la vida y por ser el motor que día con día impulso mi vida para ser de mí la persona y ser humano que hoy soy, por el apoyo y confianza que pusieron en mí, a pesar de los momentos tan difíciles que hemos pasado en los últimos tiempos, y de la separación no puedo dejar de agradecer a mi padre por ser un pilar en mi formación aunque ya no se encuentre conmigo en este momento esperando que el perdón llegue en el momento justo.*

*Con cariño para Delfina y Rogelio*

*A los seres que más amo a mi Madre y mis Hermanos a ti, mamá por que siempre haz estado conmigo en los momentos más difíciles al igual que las flacas, motivando y guiando cada uno de mis pasos por su apoyo y amor incondicional y agradezco las horas de desvelo que han pasado a mi lado, este reconocimiento es para ustedes mis compañeras incondicionales por ser la luz de mi vida Esmeralda, Rocío y Rubi y con cariño para mi hermano, José.*

*A Laura*

*Subes amiga que Dios coloca a los seres humanos en un momento y espacios determinados para complementar un todo y tu apareciste en el preciso instante para convertiste en mi mejor amiga, te dedico cada uno de mis esfuerzos y doy gracias a Dios por ser la cómplice de cada uno de mis aventuras y por estar conmigo en los momentos más difíciles y en especial por confiar en mí para la realización de este proyecto. Te quiero mucho.*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*A M:*

*Por enseñarme que dentro de cada persona hay un ser humano maravilloso, te doy las gracias por darme la oportunidad de conocerte y sobre todo por la confianza que pusiste en mí y Laura para la realización de este proyecto y además por darnos tu amistad y recuerda escribir todo lo malo que te hagan en arena para que el viento se lo lleve te quiero mucho nunca cambiaré.*

*A cada una de las personas que han estado conmigo en cada uno de los momentos de mi vida apoyándome y dedicando parte de su tiempo en mi formación profesional y personal, a mis familiares, amigos, a mi abuelita Rosa por su amor y confianza y todos aquellos que ya no están conmigo que Dios decidió llevarlos a su lado en especial A mi Abuelita Felipa, y Sofía. A mi abuelito Efrén A mis tíos, Jerónimo y Jesús.*

*Con amor y cariño*

*Lupita*

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ÍNDICE

	Página
Introducción	
I. Exposición General .....	1
1.1. Antecedentes .....	1
1.2. Marco teórico .....	6
1.3. Planteamiento del problema .....	27
1.4. Procedimiento .....	29
1.4.1. Objetivos .....	29
1.4.2. Variables .....	29
1.4.3. Criterios de selección .....	30
1.4.4. Tipo de investigación .....	30
1.4.5. Universo de trabajo .....	31
1.4.6. Técnica de recolección de la información .....	33
1.4.7. Realización de la guía observacional.....	33
1.4.8. Piloteo del instrumento .....	34
1.4.9. Aplicación del instrumento de trabajo .....	34
1.4.10. Determinación de los diagnósticos por encuesta ...	38
1.4.11. Tabulación de datos .....	38
1.4.12. Manejo estadístico de la información .....	39
1.4.13. Análisis de la información .....	40
II. Resultados .....	41
CUADROS Y GRÁFICAS	
1. Edad y sexo.....	41
2. Nivel de escolaridad .....	43
3. Ocupación .....	44
4. Religión .....	45
5. Estado civil .....	46
6. Diagnósticos Requisito Universal Aire .....	47
7. Diagnósticos Requisito Universal Agua .....	49
8. Diagnósticos Requisito Universal Alimentación .....	51
9. Diagnósticos Requisito Universal Eliminación .....	54
10. Diagnósticos Requisito Universal Actividad y Reposo.....	59

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

11. Diagnósticos Requisito Universal Soledad e Interacción.....	62
12. Diagnósticos Requisito Universal Prevención de Peligros.....	67
13. Diagnósticos Requisito Universal Desarrollo y Funcionamiento Humano.....	73
14. Diagnósticos Requisito Universal Crisis.....	75
15. Diagnósticos Requisito de Desviación de la Salud.....	78
16. 10 Principales Diagnósticos de Enfermería en la Comunidad....	83
2.1. Discusión.....	85
2.2. Análisis.....	87
2.3. Interpretación.....	89
III. Conclusiones.....	92
3.1. Recomendaciones.....	95
IV. Bibliografía.....	96
Anexos.....	98

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONTENIDO DE ANEXOS

<b>Anexo A</b>	<b>Página</b>
Guía para la valoración y diagnósticos del cliente con base en Orem .....	98
<b>Anexo B</b>	
Lista general de diagnósticos.....	100
<b>Anexo C:</b>	
Lista de diagnósticos por orden de mayor a menor frecuencia.....	101
<b>Anexo D</b>	
Tabulación de Diagnósticos conforme a sus características definitorias y factores relacionados .....	103

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

La práctica de la enfermería profesional se ha obstaculizado por la falta de interés en algunas áreas como lo es la comunitaria, por lo que tenemos un gran compromiso como nuevos profesionistas de la salud. Pocos trabajadores de la salud entienden que el concepto de salud comunitaria inicia, por la concepción que las personas tienen de su propia salud y de la calidad sanitaria, ecológica y social del ambiente en el que viven.

Ante la necesidad de brindar una atención integral de forma holística y preventiva se determina que es indispensable y útil la realización de un estudio de comunidad para identificar el estado de salud actual de la población.

Por tal razón se llevo a cabo la presente investigación descriptiva, exploratoria, de campo, y transversal, por medio de la aplicación de un instrumento de valoración con base al modelo de Orem, para identificar los diagnósticos de enfermería que se presentan con mayor frecuencia en la población del área de influencia de la Clínica Amistad Británico Mexicana (Brimex), perteneciente a The American British Cowdray Medical Center ( Hospital ABC).

La aplicación del formato de valoración se realizó en domicilios particulares, de colonias pertenecientes a las delegaciones Cuajimalpa y Miguel Hidalgo, a las cuales se tiene permitido brindar atención en Brimex que tomando como muestra a las personas mayores de 18 años que estuvieran dispuestas a colaborar, de las cuales se obtuvo información acerca de sus hábitos de vida, lo que ayudo a determinar los diagnósticos de enfermería y sus principales características definitorias, así como los factores que los ocasionan; entre los cuales se encontraron como más frecuentes: déficit de higiene bucal, déficit de ejercicio, consumo de tabaco, malos hábitos alimentarios, ansiedad, depresión, baja autoestima, los cuales son prácticas que se traducen en factores de riesgo que se han asociado a la morbi-mortalidad en el país, además se encontró una gran presencia de padecimientos como las enfermedades crónico degenerativas; otros factores encontrados son relacionados con el ámbito socioeconómico y ambientales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con la presencia de uno o varios de los factores antes mencionados se afecta considerablemente el estado de bienestar del individuo, familia y comunidad.

Al identificar las necesidades de la población se llega a la determinación de diagnósticos de enfermería para proporcionar ayuda y /o el apoyo que estos necesitan para brindarse un autocuidado efectivo que se traduzca en beneficios para su salud y de su comunidad.

A su vez, el conocer los diagnósticos de Enfermería en México dentro del ámbito comunitario, permitirá en un futuro establecer una estandarización de intervenciones con base a la frecuencia con que se presentan.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **I. EXPOSICIÓN GENERAL**

### **1.1. Antecedentes.**

El único antecedente que se tiene sobre los diagnósticos de enfermería a nivel comunitaria son los citados en España.

Desde el año de 1991 la Dirección de enfermería implanta en el sector 2 de atención primaria (AP) de Madrid una clasificación de 11 diagnósticos enfermeros (once etiquetas acompañadas de un listado de relaciones causales y una relación de signos y síntomas orientativos), de elaboración propia utilizando el método PES (Problema, Etiología, Signos y Síntomas definido por Gordon).

Con objeto de analizar la adecuación de la clasificación diagnóstica a la práctica cotidiana se realizó este estudio retrospectivo entre agosto de 1992 y julio de 1993 por 102 enfermeras. El estudio se planteo con el fin de determinar los signos y síntomas mayores y menores presentes en cada diagnóstico de enfermería realizados durante el periodo antes mencionado para comparar los resultados obtenidos con las características definitorias establecidas por la NANDA en su Décima Conferencia.

La población de estudio la constituyen los diagnósticos enfermeros realizados durante el periodo antes mencionado y las 102 enfermeras implicadas en el proceso de implantación. En esta clasificación, los diagnósticos se enuncian siguiendo el formato PES. El desarrollo del estudio consto de dos fases:

1. Auditoria de historias clínicas. Revisando los registros de actividad diaria de las enfermeras. La auditoria fue realizada por dos componentes del grupo investigador que participaron en la formación, implantación, y seguimiento de la clasificación diagnóstica citada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las variables diagnosticas recogidas para cada diagnóstico fueron:

- a. Categoría diagnostica.
  - b. Signos y síntomas de cada categoría.
2. Aplicación de la técnica cualitativa, una vez realizado el listado de todos los signos y síntomas encontrados se constituyó un grupo de expertos entrenados en el proceso diagnóstico con el objeto de medir el grado en que los signos y síntomas podían utilizarse como categorías definitorias para llegar de forma concordante al mismo diagnóstico, tras discusión y consenso se agruparon bajo características definitorias concretas que posibilitasen la formación de un diagnostico unificado.

Una vez obtenido el listado definitivo de diagnósticos útiles, características definitorias se procedió al análisis por frecuencias con objeto de establecer cuales son mayores y menores.

Se identificó un total de 1032 Diagnósticos enfermeros y se rechazaron 22 por estar mal formulados, quedando 1010 para el estudio.

A partir de los resultados obtenidos se establecieron para cada diagnóstico las siguientes características definitorias mayores y menores:

- ❖ Alteración de la respiración. Se identificaron 23 diagnósticos y 6 características definitorias, siendo disnea (73.9%) características mayores y ruidos respiratorios (65.2 %) características menores.
- ❖ Alteración en la eliminación. Se identificaron 93 diagnósticos y 14 características definitorias, siendo estreñimiento (82.8 %) característica mayor y cambios en las características de las deposiciones (77.4 %) característica menor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Déficit de auto cuidado para la alimentación. Se identificaron 394 diagnósticos y 12 características definitorias, de las cuales el sobrepeso superior al 10%/ IMC (Índice de Masa Corporal) superior a 25 (92.1%) constituye una característica mayor.
- ❖ Déficit de autocuidado en los hábitos higiénicos. Se identificaron 23 diagnósticos y 4 características definitorias, siendo escasa higiene (69.2%) una característica menor.
- ❖ Déficit de autocuidado para el mantenimiento de la integridad de la piel. Se identificaron 103 diagnósticos y 10 características, de las que destrucción tisular (80.6 %) se constituye en característica mayor, y alteración de la superficie cutánea (69.9 %) en característica menor.
- ❖ Déficit de autocuidado para el desarrollo de una sexualidad satisfactoria se identificaron 12 diagnósticos y 7 características definitorias resultando la manifestación de dificultad para mantener actividad sexual (83.3 %) como característica mayor.
- ❖ Déficit de auto cuidado en la relación descanso-actividad se identificaron 34 diagnósticos y 6 características definitorias, siendo la dificultad para dormir o permanecer dormido (85.3 %) una característica mayor.
- ❖ Alteración de la percepción de si mismo se identificaron 40 diagnósticos y 12 características definitorias, teniendo una característica menor: expresiones negativas verbales o no verbales ante su propio cuerpo (67.5 %).
- ❖ Alteración del bienestar Se identificaron 69 diagnósticos y 11 características definitorias, de las que molestias/ dolor (88.4) es una característica mayor.
- ❖ Desadaptación psicosocial. Se identificaron 131 diagnósticos y 21 características definitorias, siendo informes de ansiedad, estrés, nerviosismo, irritabilidad una característica mayor (100 % ) y labilidad emocional (61.8 %) característica menor.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- ❖ Riesgo de lesión 88 diagnósticos identificados y 11 factores de riesgo, apareciendo hábitos tóxicos con 59.1% como el mas frecuente.

Las conclusiones en este estudio fueron las siguientes:

- ✓ La utilización de una clasificación de diagnósticos de enfermería aporó una serie de ventajas tanto en el ámbito asistencial como en el docente el gestor y el investigador.
- ✓ En España son pocas las experiencias conocidas de su utilización en la práctica asistencial, este hecho puede deberse a la dificultad de llegar a un consenso de enfermería sobre que problemas de salud se abordan de forma independiente y como se formulan y clasifican, en este aspecto influye la asistencia de diferentes modelos de enfermería con una concepción distinta de cliente, objeto y problema.
- ✓ También hay que tener en cuenta que algunas enfermeras cuestionan la utilización de los diagnósticos fundamentalmente por tres razones; no entender la utilidad de los mismos, ni los beneficios que aportan a la práctica, opinan que significan lo mismo que el diagnóstico médico pero de forma mas rebuscada, que el uso de diagnósticos enfermeros estandarizados contribuye a la estereotipia de los clientes.
- ✓ Al igual que otras autoras consideramos, que todo ello es fruto de la falta de formación o del nivel de la práctica profesional.
- ✓ Ante la necesidad de identificar los problemas de salud cuyos diagnósticos y tratamiento es competencia de la enfermera ajustándose a la realidad de cada cultura, lenguaje, es necesario implantar una clasificación de diagnósticos propia.
- ✓ Para la implantación y desarrollo de los diagnósticos de enfermería, es necesario establecer programas de formación y apoyo – asesoramiento que resuelvan las dificultades de las enfermeras en su práctica clínica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ✓ Es necesario desarrollar estudios de investigación que validen los diagnósticos de enfermería en los diferentes niveles de atención de la práctica.
- ✓ Un aspecto a tomar en cuenta es la poca práctica y adiestramiento de las enfermeras en la emisión de juicios diagnósticos, al igual que ocurre en otras disciplinas en las que también se producen errores en el proceso diagnóstico, tales como omisión de datos clínicos, enunciado prematuro y errores de síntesis. ( Mercedes Martínez y cols, Artículo español 12-14).

Un artículo científico que puede servir como antecedente para esta investigación es el presentado en el 2003 en la revista Desarrollo Científico de Enfermería, que lleva por título Diagnóstico de salud comunitaria con un enfoque de riesgo, el cual denota la importancia del diagnóstico de salud comunitaria, definido como la investigación en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud colectiva y proponer alternativas factibles para la solución de los problemas detectados. El diagnóstico refleja las necesidades expresadas y normativas para la determinación de prioridades, daños a la salud vinculados con problemas sociales, económicos y políticos, entre otros elementos clave para la toma de decisiones y las posibles intervenciones.

Esta investigación tuvo por objetivo identificar el perfil epidemiológico de una zona urbana del Estado de México, con enfoque de riesgo familiar, a fin de plantear estrategias de intervención comunitaria. Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional de febrero a junio del 2000. El cuestionario de captación familiar y la guía de observación se adaptó y fue válido.

Los resultados fueron que el tipo de pirámide poblacional fue expansiva. El 56% de la población tuvo escolaridad menor o igual a primaria. El 48% fueron obreros, el 45% recibió un ingreso económico menor o igual a 2 salarios mínimos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El 60 % sin seguridad social. Con relación a daños a la salud, el 49% de las familias tuvieron riesgo 4, es decir algún integrante padece diabetes y / o hipertensión arterial traduciéndose en tasas de 14 y 11 por cada 1000 habitantes respectivamente. La mortalidad por diabetes fue del 31% y por hipertensión del 23%.

En los servicios de salud los programas sobre enfermedades crónico degenerativas no tienen una evaluación del impacto. Los factores condicionantes (hábitos y costumbres) revelan déficit en el autocuidado familiar, en nutrición, sedentarismo y sobrepeso, entre otros.

Como conclusión tenemos que la mortalidad y morbilidad por diabetes e hipertensión son problemas en esa zona, y el estilo de vida familiar y los servicios de salud se relacionan con estos daños a la salud. Se realizaron 6 estrategias de intervención con base a las necesidades de la comunidad.

## 1.2. Marco teórico

El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. Es un enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere de capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales y que va dirigido a satisfacer las necesidades del sistema cliente/ familia ( Smikth y Germain, 1975 )

El proceso de enfermería ha evolucionado en un proceso de cinco fases coherentes con la naturaleza en desarrollo de la profesión. Al principio, Hall lo describió como un proceso distinto (1955). Johnson (1959) Orlando (1961) Y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso trifásico que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En 1967 Yura y Walsh crearon el primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años setenta, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Juron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase de diagnóstico, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde entonces, el proceso de enfermería ha sido legitimizado como el marco de la práctica de enfermería. La American Nurse's Association (ANA), utilizó el proceso de enfermería como directriz para el desarrollo de las Normas de la práctica de enfermería.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad. El proceso de enfermería consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como el centro de atención. El profesional de enfermería, valida las observaciones con el cliente, y de forma conjunta utilizan el proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica enfermera en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, Yura y Walsh ( 1988 ) afirman que el "proceso de enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y si este estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar".

Así pues el proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados del paciente para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados. Las fases del proceso de enfermería se han definido de diferente manera por diversos autores, tal vez debido a que a menudo se interrelacionan y a veces se sobreponen.

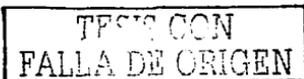
Estas son:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planeación
4. Ejecución
5. Evaluación

#### VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería. Sus actividades están centradas en la recogida de información relativa al cliente, al sistema cliente / familia, o a la comunidad, con el propósito de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista o anamnesis de enfermería, exploración física, resultados de laboratorio y otras fuentes (Leslie Atkinson 1996).

La valoración del paciente es el cimiento que sirve de base a la identificación de las necesidades individuales/ respuestas /problemas. Para facilitar la valoración y el diagnóstico en el proceso de enfermería se han elaborado una base de datos de valoración (Historia e instrumentos de valoración), para la elección de diagnósticos, empleando un enfoque de enfermería en lugar del enfoque médico de revisión.



## DIAGNÓSTICO

Durante esta fase, los datos recogidos en la valoración son analizados e interpretados de forma crítica. Se extraen conclusiones en cuanto a las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería, proporcionando un foco central para las fases restantes. Basándose en los diagnósticos de enfermería, se diseña, ejecuta y evalúa el plan de cuidados (B.J Taptich). Los diagnósticos de enfermería proporcionan un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente.

Los diagnósticos de enfermería hechos por enfermeras profesionales, describen los problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia, son capaces y están autorizadas para tratar ( Gordon, 1975).

Es una fase concisa o término que resume un grupo de indicadores empíricos que representan patrones de un individuo como unidad ( Roy, 1982).

### *Concepto*

Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre un individuo, familia o comunidad que se deriva de un proceso deliberado y sistemático de recogida y análisis de datos. Proporciona la base de las prescripciones para un tratamiento definitivo del cual la enfermera es responsable. Está expresado de forma concisa e incluye la etiología de la situación cuando se conoce (Shoemaker, 1984, 94 ).

Es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales/ problemas de salud reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de que la enfermera es responsable aprobado en la 9ª conferencia de 1990. (NANDA Definiciones y Clasificación 1999-2000; 115)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo para que los diagnósticos de enfermería se puedan utilizar en beneficio del cliente y de la propia enfermera (guiando su acción ante el cliente) es necesario que estén disponibles para está, de una forma que ella pueda echar mano de ellos y estos se puedan adaptar correctamente a la situación del cliente.

#### *Componentes de un diagnóstico (NANDA 1999-2000)*

##### *Etiqueta*

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas, puede incluir calificativos.

##### *Definición*

Proporciona una definición clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.

##### *Características definitorias*

Son claves / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero. Aparecen en los diagnósticos reales y de salud.

##### *Factores relacionados*

Condiciones / circunstancias que contribuyen al desarrollo / mantenimiento de un diagnóstico enfermero.

##### *Factores de riesgo*

Factores ambientales elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia o comunidad ante un evento no saludable. (NANDA, Definiciones y Clasificación 1999-2000, 115)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **Criterios de la NANDA para la clasificación de los diagnósticos enfermeros según su etapa de desarrollo**

### **1.1 Etiqueta únicamente.**

Esta fase está destinada principalmente a las propuestas realizadas por grupos organizados más que por individuos: el CRD (Comité para la Revisión de los Diagnósticos) ofrecerá consultas y formará a los que potencialmente llevarán a cabo el desarrollo por medio de la distribución de directrices impresas elaboradas por expertos en el desarrollo de diagnósticos. En esta fase la etiqueta se clasificará en la categoría recibida para su desarrollo.

### **1.2 Etiqueta y definición.**

La etiqueta es clara y está formulada a nivel básico. La definición coincide con la etiqueta. La etiqueta y la definición serán distintas y contrastadas respecto a otros diagnósticos. La definición difiere de las características definitorias y de la etiqueta y estos componentes no se incluirán en la definición.

En esta etapa, el diagnóstico debe coincidir con la definición actualizada de la NANDA del diagnóstico enfermero y se verificará si satisface estos criterios.

### **1.3 Etiqueta y características definitorias o factores de riesgo.**

Las características definitorias o factores de riesgo (para los diagnósticos de riesgo) deben coincidir con la etiqueta. Las características definitorias deben ser únicas, observables y mensurables.

### **1.4 Etiqueta, definición, características definitorias, factores de riesgo, referencias.**

La etiqueta, la definición y las características definitorias o los factores de riesgo coinciden. Se incluyen referencias. Deben satisfacerse los criterios 1.2 y 1.3. En esta fase, la etiqueta se remitirá al Comité de Taxonomía para su clasificación. En las etapas 1.2 y 1.3 y 1.4 se determinará la consistencia del contenido con la actual base de conocimientos enfermeros.

El contenido debería ser consistente con todas las definiciones y calificativos de la NANDA. Puede utilizarse la colaboración con expertos . Se fomenta la consulta con el CRD (NANDA , Definiciones y Clasificación 1999 – 2000).

**Clasificación taxonómica de diagnósticos de enfermería de la  
North American Nursing Diagnosis Association  
(NANDA)**

En 1973 un grupo de enfermeras se reunieron en St Louis Missouri, y organizaron la First National Conference for the Clasification of Nursing Diagnoses. Estas iniciaron el esfuerzo formal para identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos enfermeros. Después de la primera conferencia Kristine Gebbie (1974) identificó cuatro pasos para el desarrollo de un sistema de clasificación, que todavía son útiles actualmente:

- Identificar todas aquellas cosas que las enfermeras detectan o diagnostican en los pacientes.
- Alcanzar algún grado de acuerdo sobre la nomenclatura consistente que pueda ser utilizada para describir el dominio de las enfermeras como se identifica en el paso uno.
- Agrupar los diagnósticos identificados ( las etiquetas) en clases y subclases de forma que puedan evidenciarse patrones y relaciones entre ellos.
- Sustituir la terminología por números o abreviaturas equivalentes de forma que los datos relativos a distintos diagnósticos puedan manipularse más fácilmente ya sea a mano o mediante ordenador.

El proceso de generar y aceptar los diagnósticos paso por distintas etapas e incorporó la propuesta de revisión por expertos clínicos. La aceptación, que se conseguiría o se aprobaría por parte de los participantes en la conferencia, se requiere ahora el voto positivo de los miembros de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En 1986 se aprobó la Taxonomía I de la NANDA para su desarrollo y validación. La base estructural para la Taxonomía I derivó del trabajo de un grupo de enfermeras teorizadoras, presididas por Sor Callista Roy, durante la tercera, cuarta y quinta conferencias. A este grupo se le pidió que desarrollara un marco conceptual para la clasificación de los diagnósticos enfermeros. En el trabajo final el grupo de teorizadoras proponían los nueve patrones del hombre unitario como marco conceptual para el sistema de clasificación diagnóstica (Roy, 1984).

#### *PATRONES DEL HOMBRE UNITARIO*

1. Intercambio
2. Comunicación
3. Relaciones
4. Valores
5. Elección
6. Movimiento
7. Percepción
8. Conocimiento
9. Sentimientos / sensaciones

Tras la aceptación de los estatutos de la NANDA y la elección de la Junta Directiva, el Comité para la taxonomía inició la formalización y modificación del trabajo realizado. Se introdujo el término de *patrones de respuesta humana* para sustituir al término menos familiar de *patrones del hombre unitario*.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los objetivos de la taxonomía son proporcionar un vocabulario para la clasificación de los fenómenos propios de la disciplina, proporcionar nuevas formas de contemplar esta disciplina y desempeñar un papel en la derivación de conceptos. La taxonomía proporciona un esquema inicial de clasificación que puede emplearse para otorgar categorías y clasificar las etiquetas diagnósticas.

Tras muchas discusiones y mucho trabajo se presentó la taxonomía a los miembros de la NANDA en la séptima conferencia, en la que se aceptó la Taxonomía I para su desarrollo y aplicación

Las reglas de clasificación y directrices empleadas por el Comité de Taxonomía son las siguientes:

1. No existe un orden inherente; es decir, ningún patrón se considera mejor que otro en la numeración de los patrones. Al primer patrón desarrollado se le adjudicó el número 1. Éste resultó ser de intercambio, pero podría haber sido cualquier otro. Se conservó el sistema de numeración para la inclusión de cada nuevo diagnóstico.
2. El nivel de abstracción (de general a específico, de abstracto a concreto) determina el nivel de situación dentro de la taxonomía. La literatura de apoyo aportada por la persona que propone el diagnóstico, la opinión de los expertos y la literatura enfermera ayudan a determinar la ubicación de cada diagnóstico.
3. Los diagnósticos se clasificaron en función de la definición de cada patrón y de la definición del diagnóstico. Ambas han de ser compatibles.
4. El emplazamiento del diagnóstico es conceptualmente coherente con la visión teórica de la enfermera actual.
5. Las categorías entre paréntesis fueron creadas por el Comité, contando con la colaboración de la American Nurses Association. Para aclarar por que ciertos diagnósticos se colocaban en un nivel específico o dentro de un patrón determinado. Se espera que estas categorías sean investigadas y propuestas como diagnósticos o que se presenten nuevos diagnósticos para sustituirlas.

6. El sistema de numeración se ideó para facilitar la informatización de la taxonomía. En este punto del desarrollo de los diagnósticos enfermeros se determinó que era suficiente un dígito para cada nivel (NANDA Definiciones y Clasificación 1999 – 2000).

La NANDA está trabajando para desarrollar más la taxonomía y la codificación de los diagnósticos enfermeros, para su posible inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Comité para la Taxonomía sigue trabajando para perfeccionar, clarificar y mejorar la estructura taxonómica desde 1994. Sin embargo en vista del creciente número de nuevos diagnósticos propuestos con un nivel de desarrollo de 1.4 y superior, el Comité decidió que era mejor desarrollar una nueva estructura taxonómica. Esta posibilidad dio lugar a una gran discusión sobre como podría hacerse, de forma que fuera a un tiempo riguroso y reproducible.

Para lo cual en la conferencia de 1994 se completo la primera ronda de una clasificación Q naturalista. Posteriormente se llevo a cabo la segunda ronda y el análisis se presento en la conferencia bianual de 1996, esta clasificación no fue útil por lo que en 1998 el Comité para la taxonomía presento a la junta de directores de la NANDA 4 clasificaciones Q con diferentes marcos: el no. 1 del que se informo en 1996, era naturalista, el no. 2 usaba el marco de Jenny (1994); el no. 3 empleaba el marco de Noc (Jonson y Maas, 1997), y el no.4 se basaba en el marco de los patrones funcionales de salud de Gordon (1998).

Ninguno de ellos era plenamente satisfactorio, aunque se considero, el de Gordon como el mejor. Con el permiso de Gordon se modifico su estructura para llegar a la no.5, que fue presentada a los miembros en abril de 1998. En esta reunión se invito a los asistentes a clasificar los diagnósticos de acuerdo con la clasificación no.5 al final se hicieron muchas modificaciones.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La estructura taxonómica final se semejaba mucho menos a la de Gordon pero ha reducido casi al mínimo los errores de clasificación y las redundancias esto se acerca mucho a la estructura taxonómica ideal.

## Estructura de la taxonomía II

La Taxonomía II se diseñó para tener una forma multiaxial (múltiples ejes), lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite hacer con facilidad adiciones y modificaciones.

### EJES

1. El concepto diagnóstico. Elemento principal o parte esencial y fundamental de la formulación diagnóstica.
2. Tiempo. ( Agudo, crónico, de larga duración, de corta duración).
3. Unidad de cuidados. ( individuo, comunidad, familia).
4. Etapa de desarrollo. ( de feto a anciano). Se define como la duración del tiempo durante el cual ha existido un individuo, ( feto, neonato, lactante, niño pequeño, preescolar, escolar, adolescente, adulto joven, adulto maduro, adulto, anciano joven, anciano, gran anciano).
5. Potencialidad real, de riesgo, oportunidad o potencial de desarrollo, mejora). Se define como la posición o rango en el *continuum* de la salud, los valores son:
  - a. Bienestar. Calidad o estado de estar sano especialmente, como resultado de un esfuerzo deliberado.
  - b. Riesgo. Vulnerabilidad especialmente como resultado de la exposición a factores que pueden incrementar la posibilidad de lesión o pérdida.
  - c. Real. Existente de hecho o en la realidad, existente en ese momento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6. Descriptor (límita o especifica el significado de concepto diagnóstico). Se define como el juicio que límita o especifica el significado de un diagnóstico enfermero.
- a. Anticipado. Hecho de antemano previsto.
  - b. Aumentado. Mayor en tamaño, cantidad o grado.
  - c. Comprometido. Vulnerable a una amenaza.
  - d. Deficiente. Inadecuado en cantidad, calidad o grado; no es suficiente incompleto.
  - e. Deplecionado. Vacío total o parcialmente.
  - f. Desequilibrado. Desestabilizado, descompensado.
  - g. Desorganizado. Que destruye la disposición sistemática.
  - h. Desproporcionado. Incoherente de un estándar.
  - i. Deteriorado, empeorado, debilitado, lesionado, reducido.
  - j. Disfuncional. De funcionamiento normal e incompleto.
  - k. Disminuido. Reducido, menor en numero, cantidad o grado.
  - l. Disposición para mejorar. Aumentar en cantidad o calidad lograr mas de lo deseado.
  - m. Efectivo. Que produce el efecto pretendido o deseado.
  - n. Equilibrio. Estabilidad compensación.
  - o. Excesivo. Caracterizado por un numero o cantidad mayor que lo necesario, deseable o útil.
  - p. Funcional. De funcionamiento normal y completo.
  - q. Habilidad. Capacidad para hacer o actuar.
  - r. Incapacidad. Falta de habilidad para hacer o actuar.
  - s. Incapacitante. Que lo hace impracticable o incapaz; que incapacita.
  - t. Inefectivo. Que no produce el efecto deseado.
  - u. Interrumpido. Que altera la continuidad o uniformidad.
  - v. Organizado. Que forma una disposición sistemática
  - w. Percibido. Que toma conciencia a través de los sentidos.
  - x. Retrasado. Pospuesto, impedido, retardado.
  - y. Trastornado. Agitado o interrumpido, que interfiere.

7. **Topología. Parte o regiones corporales.** Consiste en las partes o regiones corporales, todos los tejidos, órganos, regiones o estructuras anatómicas, (auditivo, cardiopulmonar, cerebral, cutáneo, gastrointestinal, gustativo, intestinal, intracraneal, membranas mucosas, neurovascular periférico, olfativo, oral, renal, táctil, urinario, vesicular periférico y visual).

Un eje de la taxonomía de la NANDA se define operativamente como la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico.

### **PLANIFICACIÓN**

En la fase de planificación se desarrollan estrategias para evitar, reducir o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería. La fase de planeación consta de varias etapas:

1. Establecer prioridades para el diagnóstico de problemas.
2. Fijar con el cliente los resultados para corregir, reducir o impedir los problemas.
3. Escribir intervenciones de enfermería que conduzcan al logro de los resultados propuestos.
4. Registro, en el plan de cuidados, de los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería de forma organizada.
5. Establecer los criterios de evaluación del plan.

### **EJECUCIÓN.**

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para lograr los resultados definidos en la fase de planificación. Implica la comunicación del plan a todas aquellas personas que participen en los cuidados del paciente. Las intervenciones pueden llevarse a cabo por miembros del equipo de salud, el cliente o sus familiares. El plan de cuidados se utiliza de forma orientativa. La enfermera sigue recogiendo datos relacionados con el estado del cliente y su relación con el entorno. La ejecución incluye también la anotación en los documentos apropiados de los cuidados prestados al paciente.

Está documentación verifica que se ha llevado a cabo el plan de cuidados, pudiendo utilizarse como instrumento para evaluar la eficacia del plan (B .J Taptich 1997).

### *EVALUACIÓN*

La última fase del proceso enfermero es la evaluación. Es un proceso continuo que determina hasta que punto se han alcanzado los objetivos asistenciales. La enfermera valora el progreso del cliente, establece medidas correctoras si es necesario y revisa su plan de cuidados (B.J Taptich 1997).

Cada vez es más conocido que el cuidado de enfermería es un factor clave para la supervivencia del paciente y para los aspectos relacionados con el mantenimiento, rehabilitación y prevención de la salud. En 1980, La (ANA) publicó la Declaración de Política Social; en ella definía la enfermería como el diagnóstico y tratamiento de las respuestas del individuo a problemas actuales y potenciales de salud, en combinación con los estándares de la ANA sobre la práctica. La cual ha proporcionado impulso y apoyo para el empleo del diagnóstico de enfermería en cualquier área. Los resultados de la aplicación de estos diagnósticos se traducen en la anticipación del alta de pacientes de los centros de cuidados agudos (hospital) hacia instituciones de la comunidad; los servicios de residencia asistida / convalecencia, rehabilitación y ayuda domiciliaria. Una estructura de este tipo asegura la continuidad de cuidados al paciente que se traslada de un ámbito o de un sistema de cuidados de la salud a otro. La evaluación y la documentación de los cuidados son parte importante de este proceso (PW Iyer; ME Murray 1997).

Por lo tanto el diagnóstico de enfermería es una pieza fundamental para crear un plan de cuidados para el cliente por lo que es necesario determinar de la forma más exacta las necesidades del mismo y darle la importancia que necesita en la profesión de enfermería y en el quehacer diario de la enfermera, independientemente del nivel donde está preste sus servicios de salud.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo cual es necesario tener perfectamente claro que es y como se hace un diagnóstico de enfermería.

### **Dorothea Orem**

En los últimos 30 años la enfermería ha desarrollado un amplio movimiento intelectual, mismo que ha generado el uso de vocabulario mas específico de la disciplina a través del empleo de teorías o modelos de enfermería. En el ámbito de América Latina una de las teóricas mas comentadas es la de Dorothea Elizabeth Orem con su teoría general de Déficit de autocuidado. Este modelo se ha adaptado en múltiples situaciones y circunstancias de la práctica enfermera, ya que se aplica a mujeres, adultos mayores, personas en estado crítico, o en etapas varias de rehabilitación, entre otras cosas. Por ser una de las estructuras conceptuales mas aplicada a recibido múltiples comentarios en todos los sentidos pero, independientemente de la postura adoptada, es innegable que resulta una herramienta metodológica y conceptual para desarrollar la labor enfermera y permitir identificar un vocabulario científico de la disciplina.

La Teoría General del Déficit de autocuidado mas que un planteamiento teórico es un recurso para la práctica en todas sus dimensiones, ya que nos ayuda a identificar los principales problemas del individuo, su familia y la comunidad en que se desarrolla, con la finalidad de que se brinde cuidados a si mismo para mantener su bienestar o bien reciba cuidados apropiados por parte del personal de salud y su familia (Rosa Maria Ostiguín 2001).

### **Teoría general del déficit de autocuidado de Orem**

Esta emana de los supuestos paradigmáticos que son: *persona* como la unidad sustancial cuyas partes están formadas para la perfección tiende a diferenciarse de otros durante todo su proceso de desarrollo; *salud* es el estado de integridad y bienestar de la persona durante su crecimiento y desarrollo; *entorno* implica las condiciones ambientales (psicológicas y físicas) que motivan a la persona a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

reorientar su conducta hacia las prácticas de salud. La enfermería se establece como un servicio humano de cuidado, cuya acción se traduce en beneficios para la persona. Se basa en tres teorías que son:

### **1. La teoría del autocuidado**

La teoría del autocuidado se basa en las premisas siguientes:

- ❖ En igualdad de condiciones los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades prácticas e intelectuales y mantener la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia.
- ❖ Las formas de cubrir los requisitos de autocuidado son elementos culturales y varían con los individuos y los grandes grupos sociales.
- ❖ El autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia son formas de acción intencionadas, dependientes para su realización de las acciones de los individuos y su predilección por actuar en ciertas circunstancias.
- ❖ La identificación y descripción de los requisitos recurrentes para el autocuidado y el cuidado de los miembros dependientes de la familia, conduce a la investigación y al desarrollo de vías para satisfacer los requisitos conocidos y para formar hábitos de cuidado.

En su aspecto más sencillo, el *autocuidado* podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto "auto" como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también psicológicas y espirituales, y el concepto "cuidado" como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar (D. Orem 1993).

#### ***OCHO REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL***

1. Mantenimiento del aporte suficiente del aire
2. Mantenimiento del aporte suficiente agua.
3. Mantenimiento del aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
7. Prevención de los peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales (D. Orem 1993).

#### ***REQUISITOS DE DESARROLLO***

Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se deriva de una condición (p. ej. el embarazo) o están asociadas a un acontecimiento de la vida.

Se clasifican en dos grupos:

1. Los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y maduración.

1.1. Embarazo

1.2. Vida intrauterina

1.3. Vida neonatal: parto a término/ prematuro, puerperio, lactancia.

1.4. Infancia, adolescencia y adulto joven

1.5. Adulto

1.6. Anciano

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2. Los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales (crisis):

2.1. Privación educacional

2.2. Problemas de adaptación social

2.3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores

2.4. Pérdida de trabajo.

2.5. Cambio súbito en las condiciones de vida.

2.6. Cambio de posición social o económica.

2.7. Mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal

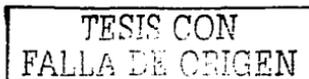
2.8. Muerte.

2.9. Peligros ambientales (D. Orem 1993).

#### *REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN LA DESVIACIÓN DE LA SALUD.*

Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades pero, además permanecen bajo diagnóstico y tratamiento médico. Las cuales traen consigo las siguientes demandas adicionales de cuidados de salud:

1. Buscar y asegurar ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a ésta.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo y atender a ellos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación médicamente prescritas, dirigidas a la prevención de tipos específicos de patología, a la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.



4. Ser conscientes de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo y atender a dichos efectos o regularlos.
5. Modificación del auto concepto (y auto imagen) aceptándose uno como un ser con un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidado a la salud.
6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado a la salud (D. Orem 1993).

#### *CUIDADOS PREVENTIVOS DE SALUD.*

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como *prevención primaria*. La *prevención secundaria* consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la *prevención terciaria* ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. Estos conceptos están en consonancia con el creciente interés de la enfermería manifiesta por la salud en vez de hacerlo por la enfermedad (D. Orem 1993).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **2. Segunda teoría, déficit de autocuidado.**

Las personas tienen limitaciones para conocer y satisfacer sus propias necesidades asociadas con la salud o la de las personas que dependen de ellas.

*Agente de autocuidado:* Es el individuo que lleva a cabo los cuidados elementales como bañarse, vestirse, entre otros.

*Agente de cuidado dependiente:* Son las personas que se cuidan unas a otras sin proporcionar directamente cuidados de enfermería, por lo que cada persona se convierte en agente de cuidado dependiente, ejemplo las madres, los padres, los amigos, entre otros.

*Agencia de autocuidado:* Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada.

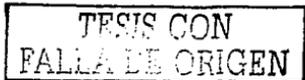
*Agente de autocuidado terapéutico:* Entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

Los factores de condicionamiento básico se fundamentan en la premisa de quien busca y recibe cuidados de enfermería es un *individuo* desde un ámbito *multipersonal* que incluye las unidades de la familia o comunidad que son las unidades de servicio.

## **3. Teoría sistema de enfermería.**

Para que intervenga el sistema de enfermería se requiere:

1. Debe de haber alguna demanda de autocuidado (universal, de desarrollo o de desviación de la salud) que ha de satisfacerse por otra persona.



2. Algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente, para que un futuro el individuo pueda recuperar su capacidad de auto cuidarse.
3. Debe de existir un déficit entre las demandas de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas.

Las acciones de enfermería se clasifican en cinco categorías:

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

Sistema de Enfermería: Sistema de apoyo educativo, sistema parcialmente compensatorio, sistema totalmente compensatorio.

<b>APOYO EDUCATIVO</b>	<b>PARCIALMENTE COMPENSATORIO</b>	<b>TOTALMENTE COMPENSATORIO</b>
Realiza el cuidado terapéutico del paciente	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente	Realiza el autocuidado
Compensa la incapacidad del paciente para realizar el autocuidado.	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
Apoya y protege al paciente	Ayuda al paciente en lo que necesite	
Dejar hacer al otro	Hacer con el otro	Hacer por el otro

Fuente: Dorothea E. Orem, 1993.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 1.3. Planteamiento del problema

Los sistemas sanitarios y la práctica de salud han tenido como único objetivo el estudio de la enfermedad y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías prestando poca atención a la prevención, promoción y a la conservación de la salud (Martín Zurro 1999). Así médicos y enfermeras han centrado su atención en la patología y no en el cliente que para la enfermería es el centro de atención. Para individualizar y sistematizar este cuidado usamos el método enfermero, del cual emana el diagnóstico de enfermería, los cuáles son para el medio para poder describir el estado del paciente su respuesta a la salud o la enfermedad con el cual la enfermera es capaz de suministrar un tratamiento con legalidad y sistematización, y así eliminar el manejo empírico de las rutinas de servicio para que enfermería sea científica y holística.

Los diagnósticos de enfermería no solo se deben llevar a cabo intra hospitalariamente, también deben de aplicarse en el trabajo comunitario, sin embargo en México esto no se ha desarrollado, aún cuando es un elemento de gran importancia con relación a la magnitud de la población que ahí se encuentra.

El contar con los diagnósticos más usuales permitiría establecer estándares de atención en la población aparentemente sana con un enfoque de riesgo y encauzar la prevención con relación al daño, que ha sido la práctica dominante en el sector salud. El diagnóstico de enfermería establecido por la NANDA, permite establecer un código universal que utilizan las enfermeras sin límite geográfico en los diferentes escenarios de la práctica.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Actualmente se carece de estudios con relación a los diagnósticos de la NANDA que presenta la población en el espacio comunitario, familiar e individual, por lo cual consideramos de trascendencia realizar un estudio que permita responder la pregunta siguiente:

**¿ Cuáles con los principales diagnósticos de enfermería que se presentan en la población adulta del área de influencia de la Clínica BRIMEX en el año 2002?.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **1.4 Procedimiento**

### **1.4.1. Objetivos**

#### *General.*

Identificar los diagnósticos de enfermería más frecuentes que se presentan en la comunidad aledaña a la Clínica BRIMEX del Hospital ABC.

#### *Específicos.*

Determinar las características definitorias presentes en cada uno de los diagnósticos de enfermería en la comunidad aledaña a la Clínica BRIMEX del Hospital ABC.

Contribuir a la aplicación de los diagnósticos de enfermería en el primer nivel de atención.

### **1.4.2. Variables**

#### *Independientes*

Estado de salud del individuo en una población.

#### *Dependientes*

Diagnósticos de enfermería presentes en la comunidad aledaña a la Clínica Brimex .

#### *Definición conceptual:*

*Estado de Salud:* Es el estado de la persona que depende de la capacidad de autocuidarse para su bienestar, y que se caracteriza por el vigor o la totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y del funcionamiento corporal o mental, acorde al ambiente o entorno donde se desarrolla.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Diagnóstico de enfermería:** Es el juicio clínico que se obtiene a través de la valoración sobre la respuesta de un individuo, frente a procesos vitales/ problemas de salud reales.

#### **1.4.3. Criterios de selección**

##### ***Inclusión***

Población del área de influencia de la clínica BRIMEX ( 5 kilómetros a la redonda de la zona donde se ubica geográficamente el hospital ABC)

##### ***Exclusión***

Población que se niegue a cooperar con la investigación.

##### ***Eliminación***

Población de las colonias que no están autorizadas para que se brinde atención en la Clínica BRIMEX aún cuando se encuentre en los límites establecidos.

#### **1.4.4. Tipo de investigación**

##### ***Descriptiva.***

Se describe el estado de salud en el ámbito biopsicosocial.

##### ***Observacional.***

No se manipulan las variables, solo se describen los principales diagnósticos encontrados en la comunidad.

##### ***Exploratorio.***

Se realiza con el objetivo de examinar algo que ha sido poco estudiado y que en México no se tienen referentes sobre el particular.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

*Transversal.*

Por que la medición de las variables se realizó una sola vez.

*Prolectiva*

La información necesaria para el estudio se planeó y se obtuvo durante el desarrollo de la investigación

**1.4.5 Universo de trabajo**

*Población.*

Población del área de influencia de la clínica BRIMEX ( 5 kilómetros a la redonda de la zona donde se ubica geográficamente el hospital ABC).

*Muestra.*

Para la elección de la muestra se tomo como base la población, a la que, la clínica BRIMEX tiene permitido brindar atención, la cual esta comprendida por 141 colonias que abarcan 5 kilómetros de circunferencia alrededor de la ubicación geográfica de la clínica.

Estas colonias pertenecen en su mayoría a las delegaciones Álvaro Obregón, Miguel Hidalgo y Cuajimalpa de Morelos, pertenecientes al Distrito Federal.

La muestra que se obtuvo fue de tipo finito, pero debido a que el número total de las colonias es muy extenso, se opto por tomar las más cercanas a la clínica Brimex y de fácil acceso; entre ellas 3 pertenecen a la delegación Cuajimalpa y 5 a la delegación Miguel Hidalgo, estas fueron tomadas aleatoriamente.

El número de colonias surgió del tiempo y de los recursos humanos y materiales que se tenían, por lo cual este elemento, fue de conveniencia con base a esto.



**TOTAL DE ENCUESTAS**

<b>DELEGACIÓN</b>	<b>TOTAL DE VIVIENDAS</b>	<b>10%</b>
Cuajimalpa	2851	287
Miguel Hidalgo	3437	345
Total	6288	632

**CUAJIMALPA**

<b>COLONIA</b>	<b>TOTAL DE VIVIENDAS</b>	<b>10%</b>
Abdias García Soto	168	17
Amado Nervo	44	5
Jesús del Monte	2290	230
Lomas de San Pedro	234	23
Lomas del Ocote	115	12
Total	2851	287

**MIGUEL HIDALGO**

<b>COLONIAS</b>	<b>TOTAL DE VIVIENDAS</b>	<b>10%</b>
16 de Septiembre	465	47
Daniel Garza	1237	124
América	1735	174
Total	3437	345

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **1.4.6. Técnica de recolección de información**

Se realizó por medio de la elaboración de un instrumento como ayuda para la recolección de datos. (ver anexo A-1)

Este instrumento se utilizó no para que lo conteste el entrevistado sino como una guía observacional y para vaciamiento de lo obtenido con la entrevista directa con el individuo.

#### **1.4.7. Realización de la guía observacional.**

El propósito de la valoración del individuo perteneciente a una comunidad es determinar el grado de funcionamiento de la misma, clarificar los patrones de interacción de este con su familia y su entorno e identificar su estado de salud y problemas que le puedan afectar su bienestar( Kozier 1999; 313).

Para llegar a la identificación de los diagnósticos de enfermería más frecuentes en la comunidad se realizó una guía observacional para la valoración individualizada, se inicia con:

1. Ficha de identificación: Nos permitio llevar un control individual de cada una de las personas a quienes se les aplico la guía observacional;de los factores modificables y no modificables, además como afectan el estado de salud del individuo encuestado.

Para los fines de esta investigación se toma como base la Teoría de autocuidado de Dorothea Orem ya que es la más adaptable y funcional que se encontró en ella se valora lo siguiente:

2. Requisitos Universales: Los cuáles por ser comunes a todos los seres humanos, en todas las etapas de su ciclo vital, puesto que atienden aspectos de edad, sexo, estado de desarrollo, factores ambientales, etcétera.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3. **Requisitos de Desarrollo:** Estos valoran los eventos del individuo que ocurren en diversos estadios de su ciclo vital.
4. **Requisitos en caso de Desviación de la Salud:** Estos son factores que afectan el estado de salud del individuo los cuales pueden ser heredados o adquiridos durante su desarrollo ( Dorothea Orem 2001; 27-28).
5. **Diagnósticos:** Se anexa un listado de diagnósticos de la NANDA, considerados útiles para el tipo de población que se estudio; con la finalidad de manejar con mayor facilidad los diagnósticos encontrados.

En este instrumento se identificaron las características definitorias, además de los factores con los que se relacionan estas manifestaciones, y por último se identifican los diagnósticos de acuerdo a lo obtenido y observado en los rubros anteriores (**Anexo A**).

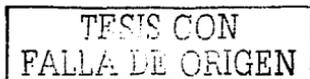
#### **1.4.8 Piloteo del instrumento**

Para identificar los problemas y/ o complicaciones de la aplicación de esta metodología se realizó un piloteo, del instrumento de trabajo aplicando 15 guías, con el fin de detectar si existe flexibilidad y adaptabilidad para ser aplicado a cualquier persona adulta, además de que no se requiera de un tiempo prolongado para su aplicación.

#### **1.4.9 Aplicación del instrumento de trabajo**

Para la aplicación de la guía observacional, se realizó una serie de visitas domiciliarias, a cada una de las personas encuestadas se les explicó el objetivo de las preguntas que se les realizaron.

Se interrogó a cada una de las personas que nos respondieron la guía, valorando cada uno de los requisitos que se encuentran en el formato antes mencionado de la siguiente manera.



*Ficha de identificación. Se describirón los datos personales del encuestado.*

*Requisitos Universales. Para la valoración de estos se realizarón las siguientes preguntas:*

### **2.1. AIRE**

Por medio de la observación se valora la frecuencia respiratoria del encuestado. Se pregunta si fuma y cuantos cigarros al día en caso de ser afirmativa la respuesta.

¿Presenta algún problema para respirar?

¿Sufre problemas respiratorios o enfermedades respiratorias frecuentemente?

¿Cuales han sido los síntomas que ha presentado durante la enfermedad?

¿Que hace para disminuirlos?

¿Acude al médico o que hace en estos casos?

¿Requiere de un apoyo especial para respirar?

### **2.2. AGUA**

Aproximadamente ¿cuantos litros de líquido bebe en 24 hrs.?

¿Que tipo de líquido bebe? (Especificar, agua simple, de frutas, instantáneas, jugo, té o refresco).

Por medio de la observación se valoró el estado de hidratación del encuestado.

¿Presenta alguna alteración al ingerir algún líquido?

¿Tiene alguna restricción para tomar algún tipo de líquido? Especificar

### **2.3. ALIMENTACIÓN**

Que fue lo que: desayuno, comió y cenó, el día de ayer.

¿Cuál es el alimento que más prefiere?

¿Cuál es el alimento que más le desagrada?

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

¿Tiene alguna modificación o restricción en su alimentación por ordenes medicas, culturales y/ o religiosas?

¿Cuánto gasta para hacer de comer en una semana?

¿Presenta problemas al ingerir y digerir algún alimento en especial?

¿Ha presentado pérdida o aumento de peso últimamente?

¿Dónde prepara sus alimentos?

¿Come solo o en compañía de su familia y que hacen mientras comen?

¿Quién prepara los alimentos?

Se valora por medio de la observación el estado de la boca, dientes, encías, limpieza y si presenta halitosis.

#### **2.4. ELIMINACIÓN.**

¿Cuántas veces al día evacua?

¿Cuántas veces al día orina?

Características de sus evacuaciones y orina (color, olor, cantidad, consistencia.)

Requiere de alguna ayuda para evacuar u orinar (Agua, medicamentos, alimentos, enemas, sondas.)

Presenta algún problema relacionado con la eliminación intestinal o vesical, (dolor, ardor, estreñimiento, diarrea, no puede orinar o defecar, orina muy frecuentemente, etc.)

#### **2.5. ACTIVIDAD Y REPOSO**

Además de sus labores en el hogar o trabajo ¿practica algún deporte?. Si su respuesta es afirmativa se pregunta ¿cual, donde, horas al día y frecuencia a la semana y si requiere de cuidados especiales?

¿ Cuántas horas duerme?

¿Toma periodos de siesta?

¿Presenta problemas para conciliar el sueño?

¿Requiere de apoyo para dormir? (medicamentos, ingesta de alimentos, fumar, beber, leer, etc.)

## 2.6. SOLEDAD E INTERACCIÓN

¿Qué hace usted cuando terminó con todas sus labores y se encuentra solo (a)?

**Sexualidad:**

¿Es sexualmente activa (o)?

¿Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?

¿Es satisfactorio para ambos?

¿Utiliza algún método anticonceptivo?

¿Utilizan condón?

**Número de parejas sexuales**

¿Presenta algún problema usted o su pareja en sus relaciones sexuales?

**Interacción social**

¿Asiste a algún grupo de reunión social? (amigos, religioso, escolar u otro.)

## 2.7. PELIGROS PARA LA VIDA.

¿Tiene alguna adicción? (Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción. Comedores compulsivos, anorexia o bulimia)

¿Cuenta con todos los servicios públicos? (agua, alumbrado público e intra domiciliario, drenaje, etc.)

¿Cuántas veces al año se realiza un chequeo médico, sin presentar alguna enfermedad?

**Mujer**

¿Cuántas veces en 1 año se realiza papanicolaou y exploración de mamas?

**Hombres (mayores de 40 años)**

¿Cuántas veces al año se realiza una exploración prostática?

**Autoconcepto e imagen**

¿Se siente usted conforme con su aspecto físico? Si, No, Porque.

Por medio de la observación valorar la ubicación en tiempo, espacio, lugar y persona, además de su estado de ánimo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **3. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO**

Etapa de desarrollo, Se identifica la etapa de su ciclo de vida en donde se encuentra de la siguiente manera:

Adulto joven	18 a 40 Años
Adulto mayor	41 a 60 Años
Adulto senil	61 a más

¿Qué hace usted para superarse como persona y profesionalmente?

Algún impedimento que tenga para desarrollar sus actividades de superación.

### **4. REQUISITOS POR CRISIS**

¿Cómo actúa usted ante algún conflicto o problema grave?

¿Cuál fue el último problema que tuvo y como actuó?

### **5. DESVIACION DE LA SALUD**

¿Padece alguna enfermedad que altere su estado de salud?

Se enlistan los problemas de salud que presente, el tiempo de padecerlo y los factores relacionados que presenta.

En caso de encontrar alguna alteración o desviación en cualquiera de los requisitos antes mencionados se procedió a describir y anotar en el espacio correspondiente de la hoja de valoración las características definitorias y factores relacionados que presentó.

#### **1.4.10 Determinación de los diagnósticos por encuesta**

Posterior a la entrevista y recolección de la información en el instrumento, se reunieron las responsables de esta investigación para comentar cada uno de los casos y así poder determinar en conjunto los Dx de Enfermería que correspondieron a cada uno, teniendo como base la lista de los diagnósticos ya establecidos, realizándolo, como expertos de acuerdo a la técnica Delphi, para la unificación de criterios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **1.4.11 Tabulación de datos**

Al concluir la aplicación de la guía observacional para lograr la tabulación de datos se elaboraron matrices de doble entrada con los diagnósticos de enfermería que se utilizaron en la comunidad, las características definitorias y los factores relacionados.

Posteriormente se realizó el vaciado de los datos con base al instrumento de valoración individual que se tenía. Al concluir el vaciamiento de esta información se realiza el conteo de la misma, para obtener la frecuencia de los diagnósticos dentro de la población. (Anexo D)

Se realizaron cuadros donde se reunieron y compactaron los resultados obtenidos y se procedo a obtener resultados, se observa que estos resultados no pueden sumar el 100% ya que la mayor parte de los entrevistados presentan mas de un diagnostico, característica definitoria y factor relacionado.

Derivando así cuadros estadísticos por requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud; un cuadro donde se enlistan los 75 diagnósticos considerados útiles para esta investigación, de mayor a menor frecuencia; posteriormente se extrae un cuadro donde se mencionan solo los 10 primeros y más importantes diagnósticos con base a la frecuencia. Se elaboran análisis de cada uno de los cuadros elaborados.

Finalmente se realizan gráficas para representar los datos de forma sintetizada.

#### **1.4.12 Manejo estadístico de la información.**

Se realizo por medidas de tendencia central, utilizando principalmente la mediana moda y media aritmética, así como la frecuencia y porcentajes con relación al total de la población para obtenerlo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **1.4.13 Análisis de la información**

El análisis se elaboró con base en la información recopilada a través de la guía observacional, obteniendo las variables dependientes que son los diagnósticos encontrados por cada uno de los requisitos tomados en cuenta en el instrumento de trabajo, así como sus características definitorias y factores relacionados, clasificando estos diagnósticos por orden de mayor a menor frecuencia, obteniendo sus correspondientes porcentajes, tomando en cuenta que no se obtiene un 100%, ya que los individuos presentaron uno o más diagnósticos.

Para llegar al análisis de los resultados; se relacionaron los diagnósticos obtenidos con los criterios siguientes: déficit de autocuidado en hábitos de vida con base a la teoría de Orem, los cuales condicionan enfermedades crónico degenerativas, entre estos hábitos se encontraron déficit de higiene, de educación; así como aspectos económicos, de salud mental, familiares y de tiempo, que fueron las categorías que con mayor frecuencia se presentaron en las entrevistas.

## II. RESULTADOS

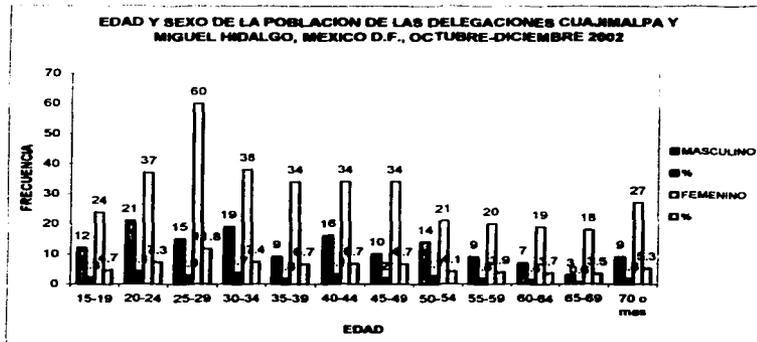
CUADRO No. 1

### EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO DF, OCTUBRE - DICIEMBRE 2002

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	%
15-19	12	2.3	24	4.7	36	7
20-24	21	4.1	37	7.3	58	11.4
25-29	15	2.9	60	11.6	75	14.7
30-34	19	3.7	38	7.4	57	11.2
35-39	9	1.8	34	6.7	43	8.4
40-44	16	3.1	34	6.7	50	9.8
45-49	10	2	34	6.7	44	8.7
50-54	14	2.7	21	4.1	35	6.8
55-59	9	1.8	20	3.9	29	5.7
60-64	7	1.4	19	3.7	26	5.1
65-69	3	0.6	18	3.5	21	4.1
70 o más	9	1.8	27	5.3	36	7.1
<b>TOTAL</b>	<b>144</b>	<b>28.2</b>	<b>366</b>	<b>71.8</b>	<b>510</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas realizadas por los personal de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

GRÁFICA No. 1



Fuente: Cuadro 1

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El mayor porcentaje de edad lo ocupan los adultos jóvenes en un rango de 25 a 29 años con 14%, evidenciando también que la mayoría de la población encuestada pertenece al sexo femenino con 71.8%, esto es debido a que la mayor porción de esta se dedica al hogar (amas de casa), además la aplicación de las encuestas se realizó en un horario donde la mayoría de la población masculina se encuentra en sus sitios de trabajo o realizando otras actividades fuera de sus hogares.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

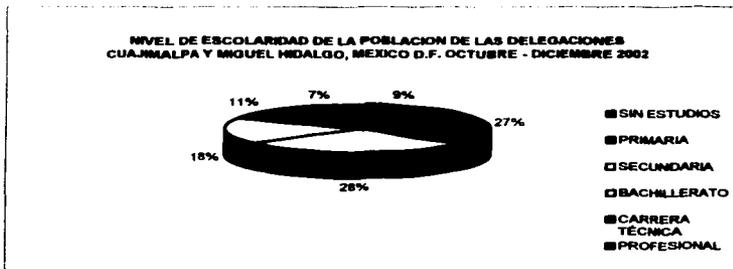
**CUADRO No. 2**

**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO DF, OCTUBRE- DICIEMBRE, 2002.**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
SIN ESTUDIOS	44	8.6
PRIMARIA	141	27.6
SECUNDARIA	142	27.8
BACHILLERATO	91	17.8
CARRERA TÉCNICA	55	10.8
PROFESIONAL	37	7.3
<b>TOTAL</b>	<b>510</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas realizadas por los pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 2**



Fuente: Cuadro 2

El nivel de escolaridad con mayor predominio en nuestra población se encuentra en dos niveles que son Primaria con un 27.6 % y Secundaria con un 27.8 %, esto debido a que estos son básicos y gratuitos en nuestro país.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

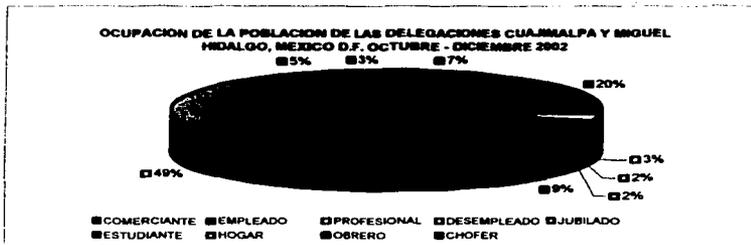
**CUADRO No. 3**

**OCUPACIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO DF, OCTUBRE – DICIEMBRE, 2002.**

OCUPACION	TOTAL	%
COMERCIANTE	37	7.3
EMPLEADO	101	19.8
PROFESIONAL	15	2.9
DESEMPLEADO	9	1.8
JUBILADO	9	1.8
ESTUDIANTE	47	9.2
HOGAR	254	49.8
OSRERO	24	4.7
CHOFER	14	2.7
<b>TOTAL</b>	<b>510</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas realizadas por los pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 3**



Fuente: Cuadro 3

En lo referente a la ocupación de la población encuestada se encontró que el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres que se dedican al hogar con 49.8% esto es debido a que las entrevistas se realizaron en el horario en el que la población económicamente activa esta generalmente en sus lugares de trabajo y las amas de casa fueron las que contestaron la mayor parte de las encuestas aplicadas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO No. 4**

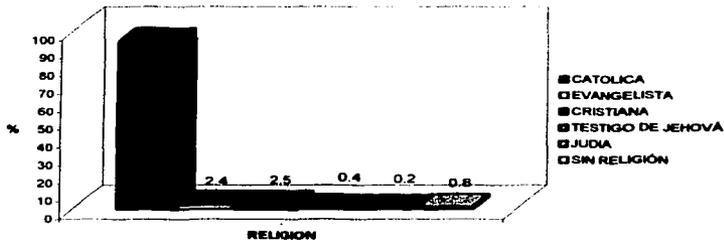
**RELIGIÓN QUE PROFESA LA POBLACION ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO DF, OCTUBRE - DICIEMBRE, 2002.**

RELIGIÓN	TOTAL	%
CATÓLICA	478	93.7
EVANGELISTA	12	2.4
CRISTIANA	13	2.5
TESTIGO DE JEHOVA	2	0.4
JUDIA	1	0.2
SIN RELIGIÓN	4	0.8
TOTAL	510	100

Fuente: Encuestas realizadas por los presentes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 4**

**RELIGIÓN QUE PROFESA LA POBLACION ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MEXICO D.F. OCTUBRE - SEPTIEMBRE, 2002**



Fuente: Cuadro 4

En lo relacionado con la religión que profesa la población, encontramos que predomina la religión católica obteniendo el 93.7 % del total de esta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

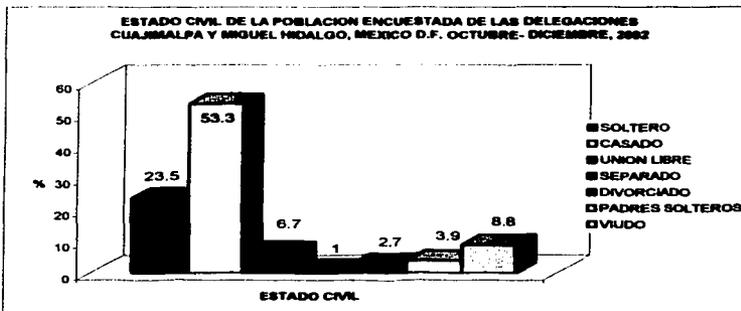
**CUADRO No 5**

**ESTADO CIVIL DE LA POBLACION ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO DF, OCTUBRE - DICIEMBRE, 2002.**

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
SOLTERO	120	23.5
CASADO	272	53.3
UNION LIBRE	34	6.7
SEPARADO	5	1
DIVORCIADO	14	2.7
PADRES SOLTEROS	20	3.9
VIUDO	45	8.8
<b>TOTAL</b>	<b>510</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 5**



Fuente: Cuadro 5

El mayor porcentaje de la población son casados ocupando el 53.3% esto se debe principalmente a que gran parte de esta son amas de casa y madres de familia; mientras que el resto de la familia o bien son menores de edad o se encontraban en otros lugares en el momento de efectuarse la encuesta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA DEL REQUISITO UNIVERSAL AIRE; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D. F. OCTUBRE-DICIEMBRE, 2002

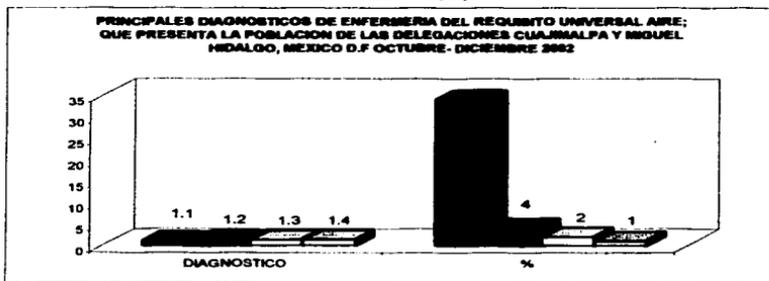
DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>1.1 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AÉREAS</b>	<b>171</b>	<b>34</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
1.1.1 Agitación.	61	47
1.1.2 Disnea.	34	20
1.1.3 Espujo.	13	8
1.1.4 Sonidos respiratorios adventicios.	9	5
a) Estertores	8	5
b) Sibilancias	9	5
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
1.1.5 Ambientales		
a) Tabaquismo	131	77
1.1.6 Obstrucción de las vías aéreas.		
a) Mucosidad excesiva.	26	15
1.1.7 Fisiológicas		
a) Infección	10	6
b) Hiperplasia de las paredes Bronquiales	8	5
1.1.8 Ambientales		
A) Fumador pasivo	8	5
<b>1.2 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ</b>	<b>20</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
1.2.1 Disnea.	17	85
1.2.2 Falta de aliento.	8	40
1.2.3 Frecuencia respiratoria por minuto < 11 o > 24	3	15
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
1.2.4 Obesidad.	7	35
1.2.5 Dolor.	6	30
1.2.6 Disminución de energía o fatiga.	6	30
1.2.7 Disfunción neuromuscular	3	15
<b>1.3 RIESGO DE ASFIXIA</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>INTERNOS</b>		
1.3.1 Procesos patológicos o lesiones.	7	88
1.3.2 Dificultades cognitivas o emocionales.	1	13
<b>EXTERNOS</b>		
1.3.3 Ingesta de grandes bocados de comida.	1	13

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1.4 ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIO /PULMONAR	6	1
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
1.4.1 Disnea.	5	83
1.4.2 Alteración de la frecuencia respiratoria por encima o por debajo de los parámetros aceptables.	3	50
1.4.3 Bronco espasmos.	3	50
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
1.4.4 Hipervolemia	2	33
1.4.5 Problemas de intercambio gaseoso	2	33

Fuente: Encuestas realizadas por los docentes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 6**



Fuente: Cuadro 6

En lo referente al requisito universal de Aire, el Diagnóstico que ocupa el primer lugar es el de Limpieza ineficaz de las vías aéreas, con un 34% de la población encuestada; la cual en su mayoría manifiesta agitación, como característica definitoria con 47%, y en cuanto a factores relacionados se encontró el consumo de tabaco con un 77% de la población encuestada. (cuadro y gráfica no. 6)

CUADRO No 7

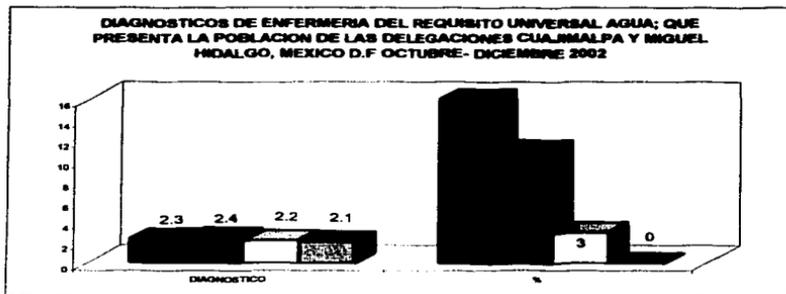
**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DEL REQUISITO UNIVERSAL AGUA; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO MÉXICO D. F. OCTUBRE-DICIEMBRE, 2002**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>2.3 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.</b>	<b>83</b>	<b>16</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
2.3.1 Sequedad de la piel y mucosas.	71	86
2.3.2 Disminución del turgor de la piel y de las mucosas.	44	53
2.3.3 Aumento de la concentración de la orina.	35	42
2.3.4 Sed.	29	35
2.3.5 Disminución de la diuresis.	24	29
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
2.3.6 Fallo de los mecanismos reguladores.	54	65
2.3.7 Pérdida activa de volumen de líquidos.	19	11
<b>2.4 RIESGO DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.</b>	<b>65</b>	<b>11</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>		
2.4.1 Déficit de conocimientos respecto al volumen de líquidos.	11	20
2.4.2 Extremos de edad.	6	11
2.4.3 Factores que influyen en la necesidad de líquidos.		
a) estados hipermetabólicos	5	9
2.4.4 Situaciones que afectan el acceso a los líquidos, a su ingesta o afectan la absorción.		
a) Inmovilidad física	3	5
<b>2.2. EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.</b>	<b>14</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
2.2.1 Edema que puede progresar a anasarca.	14	100
2.2.2 Cambios en la tensión arterial.	7	50
2.2.3 Aumento de peso en un corto periodo de tiempo.	4	29
2.2.4 Agitación.	3	21
2.2.5 Ansiedad.	3	21
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
2.2.6 Compromiso de los mecanismos reguladores.	14	100

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRAFICA No.7**



Fuente: Cuadro 7

En el requisito universal de agua se encontró que el Diagnóstico que predomina fue el de déficit de volumen de líquidos con un 16% teniendo como principal característica definitoria sequedad de piel y mucosas con un 86% de las personas encuestadas y como factor relacionado un fallo de los mecanismos reguladores con el 65%, principalmente por la deficiencia en el consumo de agua ya que la población sabe de la importancia de tomarla pero la sustituye por otro tipo de líquido como refresco, té u otras bebidas que incluso pueden contener alcohol. O bien alimentos que contengan grandes cantidades de agua pensando así que con esto se cubren los requerimientos de agua de su organismo.(cuadro y gráfica no.7).

**CUADRO No.8**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL REQUISITO UNIVERSAL ALIMENTACIÓN; QUE PRESENTA LA POBLACION DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO MÉXICO DF. OCTUBRE – DICIEMBRE, 2002**

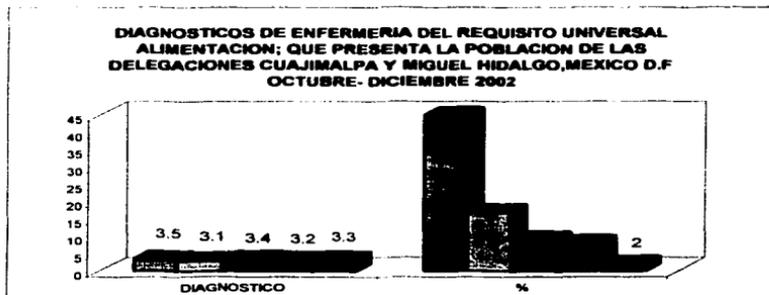
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>3.5 DETERIORO DE LA DENTICION</b>	<b>231</b>	<b>48</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
3.5.1 Caries en la corona o en las raices.	149	64
3.5.2 Helitosis.	120	52
3.5.3 Falta total o parcial de los dientes.	76	33
3.5.4 Exceso de placa.	34	15
3.5.5 Dientes desgastados.	7	3
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
3.5.6 Higiene Oral ineficaz.	170	74
3.5.7 Falta de conocimientos sobre la salud dental.	47	20
3.5.8 Barreras económicas o de acceso al cuidado profesional.	44	19
3.5.9 Uso persistente de café, tabaco, té o vino tinto.	16	7
3.5.10 Barreras para el autocuidado.	37	16
<b>3.1. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO.</b>	<b>88</b>	<b>17</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
3.1.1 Pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm en los varones o a 25 mm en las mujeres.	58	66
3.1.2 Peso corporal superior en un 10 % o más al ideal según: a) Constitución corporal b) Talla c) Sexo d) Edad	37 35 30 24	42 40 34 27
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
3.1.3 Aporte excesivo en la relación con las necesidades metabólicas.	80	91
<b>3.4 RIESGO DE INFECCIÓN</b>	<b>47</b>	<b>9</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
3.4.1 Inmunosupresión	37	79
3.4.2 Enfermedades Crónicas.	37	79
3.4.3 Alteración de las defensas primarias a) Cambio del PH de las secreciones	32 4	68 9
3.4.4 Procedimientos invasivos	4	9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>3.2 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO.</b>	<b>41</b>	<b>8</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
3.2.1 Peso corporal inferior en un 20% inferior o más del peso ideal.	24	59
3.2.2 Informe de ingesta menor a las cantidades diarias recomendadas.	17	41
3.2.3 Palidez de las conjuntivas y mucosas.	9	22
3.2.4 Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.	7	17
3.2.5 Dolor abdominal con o sin patología.	7	17
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
3.2.6 Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes, debido a factores biológicos, psicológicos o económicos.	38	93
<b>3.3 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO.</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
3.3.1 Concentrar la toma de alimentos al final del día.	5	56
3.3.2 Información u observación de un peso de referencia cada vez más al inicio de cada vez más al inicio de cada embarazo.	4	44
3.3.3 Información u observación de obesidad en uno o en ambos progenitores.	1	11
3.3.4 Patrones alimentarios disfuncionales.	1	11
3.3.5 Observación del uso de alimentos como medida de recompensa o de bienestar.	1	11

Fuente: Encuestas realizadas por las pases de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 8**



Fuente: Cuadro 8

Dentro del requisito de Alimentación encontramos que el principal diagnóstico que se presentó es el de deterioro de la dentición con el 45% presentando como principales características definitorias caries con 64% y halitosis con 52% y como principales factores relacionados higiene oral ineficaz con 74% y falta de conocimientos sobre salud dental. Siguiendo por orden de importancia se encuentra el diagnóstico de desequilibrio nutricional por exceso con un 17% de la población encuestada presentando como característica definitoria un pliegue cutáneo mayor a 15 mm en hombres y mayor a 25 mm en mujeres con 66% y como factor relacionado un aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas con 91% aunado a esto el sedentarismo y a la falta de actividades físicas, así como el consumo excesivo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas ocasionando esto una mala absorción de nutrientes y como consecuencia la obesidad, lo cual lleva a la población a estar en riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas como diabetes e hipertensión arterial y problemas cardíacos que pueden poner en peligro la vida del individuo, deteriorando su estado de salud y calidad de vida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 9

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL REQUISITO UNIVERSAL ELIMINACION; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO Y MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002

DIAGNÓSTICO	TOTAL	%
<b>4.13 ALTERACION DE LA PERFUSIÓN TIBULAR GASTROINTESTINAL</b>	<b>167</b>	<b>33</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.13.1 Dolor o sensibilidad abdominal.	106	99
4.13.2 Distensión abdominal.	142	85
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.13.3 Envenenamiento enzimático.	5	3
4.13.4 Hipovolemia	1	1
<b>4.1. ESTREÑIMIENTO.</b>	<b>114</b>	<b>23</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.1.1 Eliminación de heces duras, secas y formadas.	111	97
4.1.2 Distensión abdominal.	68	60
4.1.3 Dolor abdominal.	43	38
4.1.4 Dolor durante la defecación.	10	9
4.1.5 Cambios en el patrón intestinal.	6	5
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
4.1.6 Aporte insuficiente de líquidos.	61	54
<b>FUNCIONALES</b>		
4.1.7 Actividad física insuficiente.	53	46
<b>PSICOLÓGICOS</b>		
4.1.8 Estrés emocional.	46	40
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
4.1.9 Aporte insuficiente de fibras.	20	18
4.1.10 Malos hábitos alimentarios.	8	7
<b>4.6. DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA</b>	<b>35</b>	<b>7</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.5.1 Disuria	22	63
4.5.2 Nicturia.	11	31
4.5.3 Urgencia.	7	20
4.5.4 Infección del tracto urinario.	14	40
4.5.5 Dificultad para iniciar el chorro de orina.	5	14
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
4.5.6 Multicausalidad.	14	40
4.5.7 Infección del tracto urinario.	14	40
4.5.8 Deterioro sensitivo y motor.	6	17

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>4.3 DIARREA</b>	<b>14</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.3.1 Eliminación por lo menos de tres deposiciones por día.	13	93
4.3.2 Urgencias.	6	43
4.3.3 Dolor abdominal.	4	29
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
4.3.4 Mala absorción.	11	79
<b>PSICOLÓGICOS</b>		
4.3.5 Alto grado de estrés y ansiedad.	3	21
4.3.6 Infecciones.	2	14
<b>SITUACIONALES</b>		
4.3.7 Contaminantes.	2	14
<b>4.2 ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.2.1 Expectativa de una eliminación intestinal diaria con el consiguiente uso de laxantes.	2	40
4.2.2 Expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora.	2	40
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
4.2.3 Apreciación errónea.	3	60
4.2.4 Ideas sanitarias culturales o familiares.	2	40
<b>4.7. INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA.</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.7.1 Incapacidad para llegar al WC a tiempo.	4	80
4.7.2 Urgencia urinaria.	3	60
4.7.3 Frecuencia superior a una micción cada 2 horas.	3	60
4.7.4 Más de 2 micciones por la noche.	2	40
4.7.5 Micciones de cantidad inferior a 100 cc.	2	40
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.7.6 Sobre distensión vesical.	5	100
4.7.7 Cafeína.	1	20
4.7.8 Aumento de la ingesta de líquidos.	1	20

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

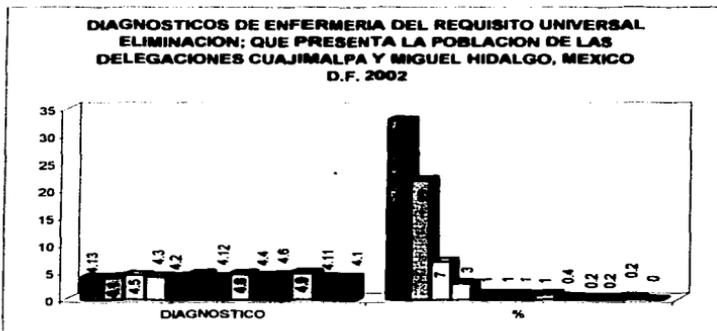
<b>4.12. ALTERACION DE LA PERFUSIÓN TISULAR RENAL</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.12.1 Hematuria.	2	40
4.12.2 Alteración de la presión sanguínea por encima o por debajo de los parámetros aceptables.	1	20
4.12.3 Oliguria o anuria	1	20
4.12.4 Elevación de la proporción de BUN / creatinina.	1	20
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.12.5 Interrupción del flujo venoso.	3	60
4.12.6 Interrupción del flujo arterial.	1	20
<b>4.8. INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL.</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.8.1 Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.	3	100
4.8.2. Percepción de la necesidad para miccionar.	2	67
4.8.3 El tiempo requerido para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.	2	67
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.8.4 Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.	2	67
4.8.5 Factores psicológicos.	1	33
4.8.6 Limitaciones neuromusculares.	1	33
4.8.7 Alteraciones de los factores ambientales.	1	33
<b>4.4. RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</b>	<b>2</b>	<b>0.4</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO FUNCIONALES</b>		
4.4.1 Hábitos de defecación irregulares.	2	100
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
4.4.2 Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.	1	50
4.4.3 Aporte insuficiente de líquidos.	1	50
4.4.4 Deshidratación.	1	50
<b>MECÁNICOS</b>		
4.4.5 Desequilibrio electrolítico.	1	50
<b>4.6. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.6.1. Goteo de orina al aumentar la presión abdominal.	1	100
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.6.2 Debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales.	1	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>4.9 INCONTINENCIA URINARIA TOTAL.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.9.1. Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o espasmos vesicales.	1	100
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.9.2 Traumatismo o enfermedad que afecta los nervios de la médula espinal.	1	100
<b>4.11. RETENCIÓN URINARIA</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
4.11.1 Distensión vesical.	1	100
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.11.2 Inhibición del arco reflejo.	1	100

Fuente: Encuestas realizadas por los pacientes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

### GRÁFICA No. 9



Fuente: Cuadro 9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En lo referente al requisito de Eliminación el diagnóstico de alteración de la perfusión tisular gastrointestinal ocupa el primer lugar de importancia con un 33%, teniendo como característica definitoria dolor y sensibilidad abdominal, esto relacionado con problemas como gastritis y colitis provocado principalmente por el alto grado de diestrés permanente con el que vive la población del DF, así como el ritmo de vida acelerado y las muchas actividades que desempeñan, no dedicando el tiempo necesario para alimentarse de manera adecuada y practicar algún tipo de ejercicio; esto aunado a los malos hábitos higiénico – dietéticos; ya que la dieta del mexicano consta de alimentos altamente irritantes, y condimentados, así como a la insuficiente ingesta de líquidos. El segundo lugar es ocupado por el diagnóstico de estreñimiento con la característica definitoria de eliminación de heces duras secas y formadas y como factor relacionado se encuentra un aporte insuficiente de líquidos, así como la actividad física insuficiente. Como ya hemos podido comprobar en resultados anteriores la población ingiere muy reducida cantidad de agua y realiza muy poco ejercicio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO No. 10  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL  
REQUISITO UNIVERSAL ACTIVIDAD Y REPOSO; QUE PRESENTA LA  
POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO,  
MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>5.5. DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	<b>222</b>	<b>43</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.5.1. Los pasatiempos habituales no pueden realizarse satisfactoriamente.	196	88
5.5.2. Afirmaciones de la persona de que se aburre o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.	77	35
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
5.5.3. Entorno desprovisto de actividades recreativas, como tratamientos frecuentes y largos.	39	17
<b>5.6. DETERIORO DEL PATRÓN DE SUEÑO</b>	<b>134</b>	<b>26</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.4.1 Desvelo prolongado.	77	57
5.4.2 Insomnio mantenido.	52	39
5.4.3 Insatisfacción con el sueño.	48	36
5.4.4 Quejas verbales de no sentirse bien descansado.	33	25
5.4.5 Despertarse tres o más veces por la noche.	33	25
<b>B) FACTORES RELACIONADOS PSICOLÓGICOS</b>		
5.4.6 Pensar en el hogar.	77	57
5.4.7 Depresión.	34	25
5.4.8 Ansiedad, desvelo condicionado desadaptado.	24	18
5.4.9 Higiene del sueño inadecuada.	18	13
5.4.10 Pensamientos repetitivos antes del sueño.	15	11
<b>5.7 DOLOR CRÓNICO.</b>	<b>102</b>	<b>20</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.7.1 Informes verbales o codificados u observación de evidencias de conducta de protección o defensa		
a) Máscara facial	102	100
b) Irritabilidad.	29	28
c) Agitación.	27	27
5.7.2 Respuestas medidas por el sistema nervioso simpático.		
c) Cambios en la posición corporal.	33	33
5.7.3 Cambios en el patrón de sueño.	31	30

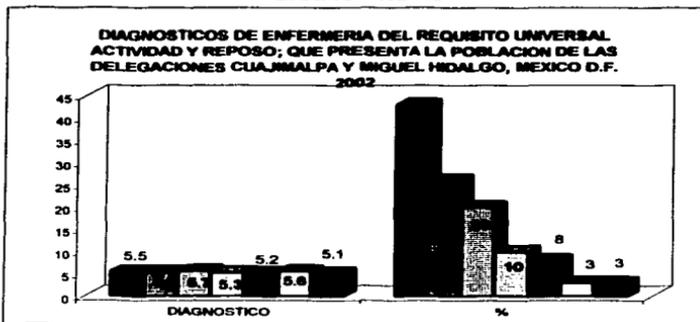
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
5.7.4 Incapacidad física o psicosocial crónica.	102	100
<b>6.3. RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b>	<b>81</b>	<b>10</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
5.3.1 Presencia de problemas respiratorios o circulatorios.	5	10
5.3.2 Mala forma física.	1	2
<b>6.2. FATIGA</b>	<b>41</b>	<b>8</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.2.1 Falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.	28	68
5.2.2 Cansancio.	24	58
5.2.3 Somnolencia.	24	58
5.2.4 Verbalización de una falta de energía abrumadora y que no desaparece.	19	46
5.2.5 Letargo o fatiga.	16	39
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>SITUACIONALES</b>		
5.2.6 Ocupación	24	58
5.2.7 Acontecimientos vitales negativos.	12	29
<b>FISIOLOGICOS</b>		
5.2.8 Estados de enfermedad.	7	17
5.2.9 Deprivación de Sueño.	6	15
5.2.10 Malestar físico.	5	12
<b>6.6. DOLOR AGUDO</b>	<b>18</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.6.1 Mascara facial.	11	69
5.6.2 Informe Verbal o codificado.	10	63
5.6.3 Observación de evidencias.	2	13
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
5.6.4 Agentes lesivos	12	75
<b>6.1. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b>	<b>18</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.1.1. Informes verbales de fatiga o debilidad.	12	80
5.1.2 Malestar o disnea de esfuerzo	8	53
5.1.3 Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias o isquemia.	2	13
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
5.1.4 Debilidad generalizada.	8	53
5.1.5 Reposo en cama o inmovilidad.	7	47
5.1.6 Estilo de vida sedentario.	3	20

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA No. 10**



Fuente: Cuadro 10

En lo referente al requisito de actividad y reposo tenemos que el principal diagnóstico que se presenta es el de déficit de actividades recreativas con 43% debido a que la población encuestada manifiesta que los pasatiempos habituales no pueden realizarse satisfactoriamente debido a las múltiples ocupaciones que tienen durante el día por lo que al final de este solo desean descansar, dormir, o bien ver televisión y no realizar alguna actividad física; además lo relacionan con un entorno que se encuentra desprovisto de lugares para realizar actividades recreativas.

En el siguiente lugar encontramos el diagnóstico de Deterioro del Patrón de sueño con un 26% con la característica definitoria de desvelos prolongados con 57% y factores relacionados que son problemas en el hogar con 57% ya sea de índole económica, familiar y /o con la pareja.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 11

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL REQUISITO UNIVERSAL SOLEDAD E INTERACCIÓN; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO. MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**

DIAGNÓSTICO	TOTAL	%
<b>6.7 PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS</b>	<b>60</b>	<b>12</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.7.1 Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.	58	97
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.7.2 Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporales, enfermedad o tratamiento médico.	26	43
6.7.3 Falta de una persona significativa.	22	37
6.7.4 Deterioro de las relaciones con la persona significativa.	16	27
6.7.5 Falta de intimidad.	8	13
<b>6.6. INTERRUPTIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES</b>	<b>23</b>	<b>5</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
<i>Cambios en:</i>	12	52
6.6.1 La satisfacción con la familia.		
6.6.2 En la expresión de conflictos dentro de la familia.	12	52
6.6.3 Las alianzas de poder.	7	30
6.6.4 Los patrones de comunicación.	7	30
6.6.5 La participación en la solución de problemas.	2	9
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.6.6 Situaciones de transición o crisis.	16	70
6.6.7 Cambio de los roles familiares.	14	61
6.6.8 Cambio de poder de los miembros de la familia.	6	26
6.6.9 Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.	1	4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>6.2 AISLAMIENTO SOCIAL</b>	<b>21</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS OBJETIVAS.</b>		
6.2.1 Falta de personas significativas de soporte		
a. Familiares.	11	52
b. Amigos.	6	29
6.2.2 Evidencia de dificultades físicas o mentales o de alteración del bienestar.	9	43
6.2.3 Búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura.	6	29
6.2.4 Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente.	4	19
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.2.5 Alteración del bienestar.	11	52
6.2.6 Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.	6	29
6.2.7 Alteraciones del aspecto físico o del estado mental.	2	10
6.2.8 Conducta socialmente no aceptada.	2	10
<b>6.3 RIESGO A LA SOLEDAD.</b>	<b>19</b>	<b>4</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
6.3.1 Aislamiento social.	14	74
6.3.2 Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.	9	47
6.3.3 Aislamiento físico.	4	21
6.3.4 Deprivación afectiva.	3	16
<b>6.5 DISFUNCIÓN SEXUAL.</b>	<b>18</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.5.1 Verbalización del problema.	15	83
6.5.2 Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia.		
	13	72
6.5.3 Alteración en el logro de satisfacción sexual.	6	33
6.5.4 Cambio del interés por sí mismo o por los demás.	2	11
6.5.5 Alteración en la relación con la pareja.	1	6
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.5.6 Alteraciones biopsicosociales de la sexualidad.	9	50
6.5.7 Alteración de la estructura o función corporales		
a. Procesos patológicos.	7	39
b. Traumatismos.	3	17
6.5.8 Falta de una persona significativa.	5	28
6.5.9 Conceptos erróneos o falta de conocimientos.	3	17

<b>6.8. PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES ALCOHOLISMO.</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS CONDUCTUALES</b>		
6.8.1 Abuso del alcohol.	7	70
<b>ROLES Y RELACIONES</b>		
6.8.2 Deterioro de las relaciones familiares/ trastorno de las dinámicas familiares.	6	60
6.8.3 Problemas familiares crónicos.	6	60
6.8.4 Responsabilidad por la conducta del alcohólico.	5	50
6.8.5 Comunicación inefectiva con el cónyuge o problemas matrimoniales.	4	40
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.8.6 Abuso del alcohol.	7	70
6.8.7 Personalidad adictiva.	2	2
6.8.8 Historia familiar de alcoholismo, resistencia al tratamiento.	1	10
<b>6.1 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.1.1 Verbalización u observación de incapacidad de recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.	7	88
6.1.2 Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.	4	50
6.1.3 Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.	1	13
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.1.4 Ausencia de compañeros o personas significativas.	6	75
6.1.5 Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad.	1	13
6.1.6 Limitación de la movilidad.	1	13

TESIS CON  
SALA DE ORIGEN

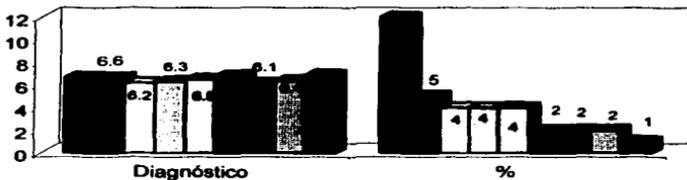
<b>6.4 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL.</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.4.1 Adaptación inadecuada al cambio o transición.	3	38
6.4.2 Motivación inadecuada.	3	38
6.4.3 Ansiedad o depresión.	3	38
6.4.4 Conflicto con el sistema.	2	25
6.4.5 Cambio en los patrones usuales de responsabilidad.	2	25
<b>C) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>SOCIALES</b>		
6.4.6 Conflicto familiar.	3	38
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
6.4.7 Alteración de la salud.	3	38
<b>SOCIALES</b>		
6.4.8 Juventud.	2	25
6.4.9 Transición del rol.	2	25
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
6.4.10 Depresión.	2	25
6.4.11 Baja autoestima.	2	25
<b>6.9 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.9.1 Hablar o verbalizar con dificultad.	2	50
6.9.2 Dificultad para formar palabras o frases:		
a) Afonía	1	25
6.9.3 Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente:		
a) Disfasia.	1	25
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.9.4 Defectos anatómicos:		
a. Paladar hendido.	2	50
b. Alteración del sistema visual neuromuscular.	1	25
6.4.5 Condiciones emocionales.	1	25

Fuente: Encuestas realizadas por los pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002 - 2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA No. 11**

**DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA DEL REQUISITO UNIVERSAL DE SOLEDAD E INTERACCION QUE PRESENTA LA POBLACION DE LAS DELEGACIONES CUJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MEXICO D.F. 2002**



Fuente: Cuadro 11.

El primer diagnóstico que se presenta dentro del requisito de soledad e interacción es el de patrones sexuales inefectivos con un 12% el cual se manifiesta por limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales con un 97% y se relaciona con el déficit de conocimientos o habilidades sobre repuestas alternativas o transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporal enfermedad o tratamiento médico con 43% así como la ausencia de una persona significativa con 37%; esto es algo de suma importancia puesto que un individuo debe desarrollarse en todos los aspectos de su vida y esto incluye el sexual, el no ser satisfactoria esta práctica puede repercutir considerablemente en la persona ya sea física, psicológica o emocionalmente afectando su autoestima, sus relaciones interpersonales y/ o las de pareja.

**CUADRO No. 12**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL REQUISITO UNIVERSAL PREVENCIÓN DE PELIGROS; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>7.11 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.</b>	<b>107</b>	<b>21</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.11.1 Verbalizaciones auto negativas.	89	83
7.11.2 Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.	15	14
7.11.3 Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.	6	6
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.11.4 Alteración de la imagen corporal.	92	86
7.11.5 Fallo, rechazo.	13	12
7.11.6 Cambios del rol social (especificar).	5	5
<b>7.4 SÍNDROME POSTRAUMÁTICO</b>	<b>78</b>	<b>15</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.4.1 Depresión.	52	69
7.4.2 Duelo.	34	45
7.4.3 Ansiedad.	15	20
7.4.4 "Flashbacks".	11	15
7.4.5 Cólera o rabia	9	12
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.4.6 Acontecimientos fuera de la gama con experiencias humanas habituales.	39	52
7.4.7 Acontecimiento trágico que implicó múltiples muertes.	23	31
7.4.8 Abuso físico y psicosocial.	2	3
7.4.9 Destrucción súbita de la casa o la comunidad de la persona.	2	3

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

<b>7.12 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.</b>	<b>67</b>	<b>13</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.12.1 Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.	59	88
7.12.2 Expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.	11	16
7.12.3 Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento	4	6
7.12.4 Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.	4	6
7.12.5 Expresión de cambios en el estilo de vida.	2	3
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.12.6 Biofisiológicos	27	40
7.12.7 Psicosociales.	9	13
7.12.8 Cognitivos o perceptuales.	8	12
7.12.9 Cambios de desarrollo.	7	10
7.12.10 Culturales o espirituales.	6	9
<b>7.9 RIESGO DE CAIDAS.</b>	<b>23</b>	<b>8</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.9.1 Edad igual o superior a los 65 años.	15	65
7.9.2 Mujer (si es anciana).	8	35
7.9.3 Historia de caídas.	6	26
7.9.4 Uso de silla de ruedas.	2	9
<b>7.1 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS.</b>	<b>22</b>	<b>4</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.1.1 Historia de violencia contra otros: a. Golpear.	8	36
7.1.2 Historia de violencia indirecta: a. Gritar.	7	32
7.1.3 Lenguaje corporal: a. Postura rígida	2	9
f. Posturas amenazadoras.	2	9
7.1.4 Impulsividad.	2	9
7.1.5 Disponibilidad o posesión de armas de fuego.	2	9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>7.13 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA</b>	<b>22</b>	<b>4</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DENOTORIAS</b>		
7.13.1 La persona de forma crónica o durante un largo periodo de tiempo:		
a) Tiene expresiones negativas sobre si misma.	12	55
b) Manifiesta vergüenza o culpa.	4	18
c) Racionaliza o rechaza la retroalimentación positiva sobre si misma y exagera la negativa.	2	9
d) Se resiste a probar cosas o situaciones nuevas.	1	5
e) Se auto evalúa como incapaz de afrontar los acontecimientos.	1	5
<b>7.7 RIESGO DE TRAUMATISMO</b>	<b>18</b>	<b>4</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>INTERNOS</b>		
7.7.1 Mala visión.	8	44
7.7.2 Historia de traumatismos previos.	4	22
<b>EXTERNOS</b>		
7.7.3 Camas altas.	5	28
7.7.4 Bañera sin asideros o sin equipo antideslizante.	4	22
7.7.5 Suelos resbaladizos ( húmedos o muy encerados)	3	17
<b>7.16 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO / HIGIENE</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.15.1 Incapacidad para:		
a. Lavar total o parcialmente el cuerpo.	9	100
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.15.2 Debilidad y cansancio.	3	33
<b>7.5 RIESGO DE INTOXICACION</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>INTERNOS</b>		
7.5.1 Falta de seguridad o de educación farmacológica	2	33
<b>EXTERNOS</b>		
7.5.2 Grandes cantidades de medicamentos en el hogar	1	17
7.5.3 Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos	1	17

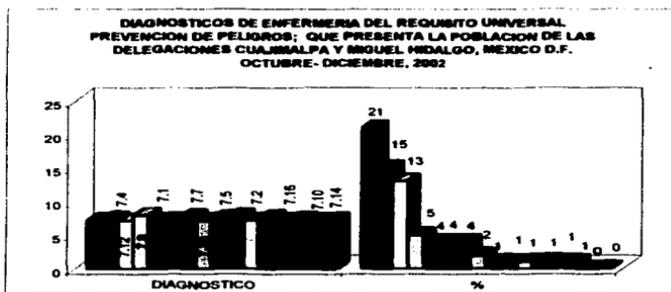
<b>7.8 RIESGO DE ASPIRACIÓN</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.8.1 Reducción del nivel de conciencia	3	50
7.8.2 Carcinaje mandibular	2	33
7.8.3 Incompetencia del esfínter esofágico inferior.	1	17
7.8.4 Deterioro de la deglución	1	17
<b>7.3 RIESGO DE AUTO MUTILACION</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.2.1 Estado psicótico (alucinación de órdenes)	2	40
7.2.2 Incapacidad para expresar verbalmente la tensión	1	20
7.2.3 Divorcio de los padres	1	20
7.2.4 Alcoholismo familiar	1	20
7.2.5 Historia familiar de conductas auto destructivas	1	20
7.2.6 Adolescencia	1	20
<b>7.6 RIESGO DE LESIÓN</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO EXTERNOS</b>		
7.6.1 Químicos		
a. Contaminantes ambientales.	1	20
b. Alcohol	1	20
7.6.2 Población y proveedores:		
a. Factores cognitivos, afectivos y psicomotores.	1	20
7.6.3 Físicos:		
a. Diseño, estructura y disposición de la comunidad.	1	20
<b>INTERNOS</b>		
7.6.4 Desnutrición	1	20
<b>7.16 DEFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO / ACICALAMIENTO</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.16.1 Incapacidad para:		
a. Ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo	1	25
b. Elegir la ropa	1	25
c. Quitarse la ropa	1	25
d. Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio	2	50
e. Ponerse los zapatos	1	25
7.16.2 Deterioro de la capacidad para:		
a. ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias	1	25

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>7.3 RIESGO DE VIOLENCIA AUTO DIRIGIDA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>7.3.1 Salud mental :</b>		
a. Depresión severa	1	33
d. Consumo de drogas legales e ilegales	2	66
7.3.2 Ideación suicida frecuente, intensa y prolongada.	1	33
7.3.3 Claves verbales:		
a. Hablar sobre la muerte	1	33
7.3.4 Estado civil		
a. Divorcio	1	33
<b>7.10 RIESGO DE SUICIDIO</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO SITUACIONALES</b>		
7.10.1 Inestabilidad económica	2	67
7.10.2 Uso o abuso de alcohol u otras sustancias	2	67
7.10.3 Vivir sólo	1	33
7.10.4 Enfermedad o trastorno psiquiátrico		
a. Depresión	1	33
7.10.5 Desesperanza	1	33
<b>7.14 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No.12**



Fuente: Cuadro 12

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El diagnóstico que ocupó el 1<sup>er</sup> lugar dentro del requisito de prevención de peligros fue el de baja autoestima situacional con un 21% de la población en estudio, manifestándolo de forma verbal con un 83% y relacionándolo con la alteración de la imagen corporal con un 86%, esto se debe a que encontramos un alto índice de personas con problemas de sobrepeso y obesidad lo cual daña la percepción de sí mismos además de su salud. El siguiente diagnóstico que se presentó dentro de este requisito es de síndrome postraumático con un 15 % manifestado por depresión con 69% y duelo con 45% debido a que presentan en su vida acontecimientos fuera de la gama de experiencias normales esto es generalmente por la pérdida de los progenitores, pareja o en su defecto hijos lo cual les ha afectado en otros ámbitos de su vida personal y familiar.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 13

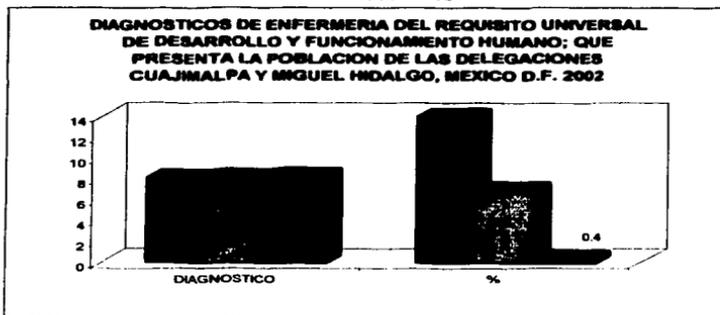
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL REQUISITO UNIVERSAL DE DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO HUMANO; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002

DIAGNÓSTICO	TOTAL	%
<b>8.1. CONOCIMIENTO DEFICIENTE.</b>	<b>71</b>	<b>14</b>
A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.		
8.1.1. Verbalización del problema	51	72
B) FACTORES RELACIONADOS		
8.1.2 Limitación cognitiva.	20	28
8.1.3 Falta de memoria.	18	25
8.1.4 Falta de interés en el aprendizaje.	10	14
8.1.5 Mala interpretación de la información.	2	3
<b>8.2. TRASTORNO EN LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO</b>	<b>33</b>	<b>7</b>
A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		
8.2.1 Déficit de problemas de memoria	30	91
8.2.2. Facilidad para distraerse.	5	15
8.2.3. Disonancia cognitiva.	1	3
<b>8.3. DETERIORO DE LA MEMORIA.</b>	<b>2</b>	<b>0.4</b>
A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.		
8.3.1. Deterioro de la habilidad para:		
a) Pasar de decúbito lateral derecho a de decúbito lateral izquierdo y viceversa.	1	50
b) Pasar de posición supina con las piernas colgando o viceversa	2	100

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA No. 13**



Fuente: Cuadro 13

El mayor porcentaje dentro del requisito de desarrollo y funcionamiento humano lo ocupa con un 14% de la población, el diagnóstico de conocimientos deficientes teniendo como característica definitoria la Verbalización de este problema en un 72% por parte de la población y como factor relacionado las limitaciones cognitivas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 14

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL REQUISITO UNIVERSAL CRISIS; QUE PRESENTA LA POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>9.2 ANSIEDAD.</b>	<b>89</b>	<b>17</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
<b>AFFECTIVAS</b>		
9.2.1 Angustia	47	53
<b>CONDUCTUALES</b>		
9.2.2 Inquietud	17	19
9.2.3 Disminución de la productividad.	15	17
<b>AFFECTIVAS</b>		
9.2.4 Nerviosismo	11	12
<b>CONDUCTUALES</b>		
9.2.5 Insomnio	10	11
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
9.2.6 Amenaza de cambio en:		
a. El entorno	8	9
b. Situación económicas	27	30
9.2.7 Estrés.	21	24
9.2.8 Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales de la vida.	16	18
9.2.9 Crisis de maduración o situacionales.	6	7
<b>9.3 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.</b>	<b>13</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
9.3.1 Miedo al proceso de morir.	8	62
9.3.2 Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas.	5	39
9.3.3 Impotencia ante los temas relacionados con la agonía.	1	8
9.3.4 Miedo a la pérdida física o de las capacidades mentales durante la agonía.	1	8
9.3.5 Preocupación por sobrecargar a los cuidadores a medida que la enfermedad terminal incapacite a la persona.	1	8

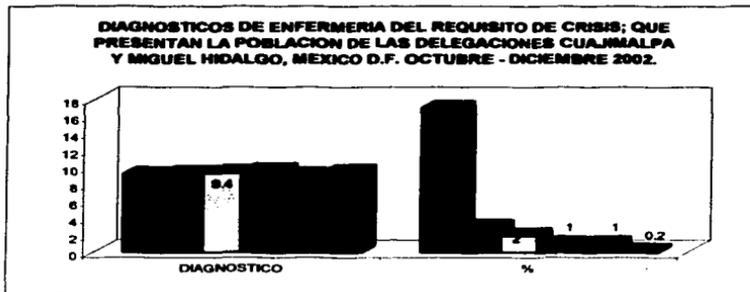
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>9.4 TEMOR</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
9.4.1 Informes de:		
a) aprensión	2	20
b) inquietud	5	50
c) pavor	2	20
d) alarma	1	10
e) temor	1	10
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
9.4.2 Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.	4	40
9.4.3 Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.	3	30
9.4.4 Estímulos fóbicos.	2	20
9.4.5 Deterioro sensorial.	1	10
<b>9.1. IMPOTENCIA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS MODERADAS</b>		
9.1.1 Resentimiento, Cólera o Culpa.	2	66
9.1.2 Falta de participación en los cuidados o toma de decisiones cuando se da la oportunidad de hacerlo.	1	33
9.1.3 Pasividad	1	33
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
9.1.4 Tratamiento relacionado con la enfermedad.	2	66
9.1.5 Estilo de vida desesperanzado.	2	66
9.1.6 Entorno de cuidados de la salud	1	33
<b>9.5 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPÍRITUAL.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
9.5.1 Enfermedad física.	1	100
<b>9.6 SUFRIMIENTO.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
9.6.1 Expresiones de preocupación sobre el significado de la vida, la muerte o el sistema de valores.	2	50
9.6.2 Descripción de pesadillas o trastornos del sueño.	1	25
9.6.3 Alteraciones del comportamiento o del humor manifestadas por cólera, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, apatía, etc.	1	25
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
9.6.4 Puesta a prueba del sistema de creencias y valores.	4	100
9.6.5 Separación de los vínculos culturales o religiosos.	1	25

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**GRÁFICA No.14**



Fuente: Cuadro 14

Dentro del requisito de crisis, se ubica en primer lugar el diagnóstico de Ansiedad con 17%, teniendo como principal característica definitoria angustia con 53%, ya que la población esta preocupada por su familia en especial el provenir de sus hijos y la situación económica que enfrentan dentro de su hogar, en especial si un miembro de la familia se encuentra con una enfermedad crónico-degenerativa generándoles una disminución de la actividad y angustia que de ninguna manera contribuye a solucionar el problema en el caso de estar presente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**CUADRO No. 15**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA DE MAYOR A MENOR FRECUENCIA DEL  
REQUISITO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD; QUE PRESENTA LA  
POBLACIÓN DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO,  
MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**

<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>10.8 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.</b>	<b>78</b>	<b>18</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
10.8.1 No asistencia a las visitas concertadas.	32	41
10.8.2 Evidencia de desarrollo de complicaciones.	30	39
10.8.3 Evidencias de exacerbación de los síntomas.	15	19
10.8.4 Conducta Indicativa de incumplimiento del tratamiento ( por observación directa o por informaciones del paciente o otras personas significativas).	5	6
10.8.5 Falta de progresos.	1	1
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>PLAN DE CUIDADOS</b>		
10.8.6 Coste.	55	71
10.8.7 Complejidad.	18	23
10.8.8 Duración.	11	14
<b>FACTORES INDIVIDUALES</b>		
10.8.9 Fuerzas motivacionales.	9	12
<b>PLAN DE CUIDADOS</b>		
10.8.10 Intensidad	6	8

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>10.7 MANEJO EFECTIVO DEL RÉGIMEN.</b>	<b>72</b>	<b>14</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
10.7.1 Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus defectos a la prevención de complicaciones.	26	36
10.7.2 Elección de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.	18	25
10.7.3 Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.	13	18
10.7.4 Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.	11	15
10.7.5 Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.	3	4
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.7.6 Dificultades económicas.	34	47
10.7.7 Déficit de conocimientos.	29	40
10.7.8 Impotencia.	4	6
10.7.9 Complejidad del régimen terapéutico.	3	4
10.7.10 Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud.	2	3
<b>10.6 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD</b>	<b>66</b>	<b>11</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS SUBJETIVAS</b>		
10.6.1 Los miembros de la casa refieren obligaciones externas o crisis económicas.	39	70
10.6.2 Los miembros de la casa expresan dificultad para mantenerla confortable. Objetivas	15	27
10.6.3 Entorno desordenado	3	5
10.6.4 Los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento	2	4
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.6.5 Recursos económicos insuficientes.	36	64
10.6.6 Falta de conocimientos.	15	27
10.6.7 Sistema de soporte inadecuado.	6	11
10.6.8 Enfermedad o lesión de la persona de un miembro de la familia.	2	4
10.6.9 Falta del modelo del rol	1	2

ESTADO DE TESIS CON FALLA DE ORIGEN

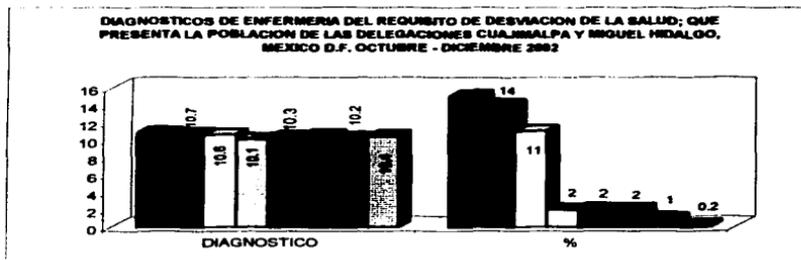
<b>10.1 CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR.</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
10.1.1 Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla.	5	50
<b>ESTADOS DE SALUD DEL CUIDADOR</b>		
<b>FISICOS</b>		
10.1.2 Fatiga	4	40
10.1.3 Preocupación de los cuidados habituales.	3	30
10.1.4 Inquietud sobre el receptor de los cuidados si el cuidador se pone enfermo o muere.	3	30
<b>SOCIOECONOMICA</b>		
10.1.5 Baja productividad laboral.	2	20
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.1.6 Enfermedad crónica.	3	30
10.1.7 Conductas problemáticas.	2	20
10.1.8 Crecientes necesidades de cuidados o dependencia.	1	10
10.1.9 Incertidumbre sobre el curso de la enfermedad.	1	10
10.1.10. Problemas Psicológicos cognitivos.	1	10
<b>10.3. DETERIORO DE LA ADAPTACION</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
10.3.1. Negación del cambio en el estado de salud.	6	75
10.3.2 Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.	2	25
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.3.3 Incapacidad o cambio del estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida.	4	50
10.3.4 Estado emocional intenso.	2	25
10.3.5 Falta de motivación para cambiar las conductas.	2	25
10.3.6 Falta de optimismo.	1	13
<b>10.5 DESESPERANZA.</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
10.5.1 Disminución del apetito.	9	90
10.5.2 Claves verbales (contenido desesperanzado, "no puedo" suspiros.	4	40
10.5.3 Pasividad, disminución de la verbalización.	1	10
10.5.4 Disminución de las emociones.	1	10
10.5.5 Aumento o disminución del sueño.	1	10
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.5.6 Estrés de larga duración	3	30
10.5.7 Abandono	3	30
10.5.8 Pérdida de la fe en los valores trascendentes a Dios.	3	30

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>10.2 RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
10.2.1 Falta de experiencia en brindar cuidados.	2	50
10.2.2 El cuidador es una mujer.	2	50
10.2.3 Presencia de agentes situacionales que normalmente afectan a las familias a) Vulnerabilidad económica	2	50
10.2.4 Falta de descanso y distracción del cuidador.	1	25
10.2.5 Deterioro de la salud del cuidador.	1	25
10.2.6 Curso impredecible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.	1	25
<b>10.4 NEGACIÓN INEFICAZ.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
10.4.1 Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida.	1	100

Fuente: Encuestas realizadas por los pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003

**GRÁFICA No. 15**



Fuente: Cuadro 15

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Uno de los requisitos que nos preocupan como profesionales de la salud es el de desviación de la salud, teniendo como principal diagnóstico el Incumplimiento del tratamiento con un 15 %, y que se manifiesta debido a que la gente no asiste a las visitas concertadas con el medico en un 41%, y esto se relaciona con la economía en un 71% y sobre todo con la complejidad del tratamiento con 23% en especial en las enfermedades crónico degenerativas. Aunado a esto se encuentra el siguiente diagnóstico, manejo inefectivo del régimen terapéutico con 14% que ocupa el segundo lugar, con igual importancia que el anterior dado que se relacionan, el cual se caracteriza por la verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o mas de los regimenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus defectos a la prevención de complicaciones con 36% y lo relacionan principalmente con dificultades económicas y el déficit de conocimientos acerca de su enfermedad y complicaciones en un 36%, teniendo los mismos motivos del diagnóstico anterior para no llevar a cabo un tratamiento terapéutico en sus padecimientos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 16

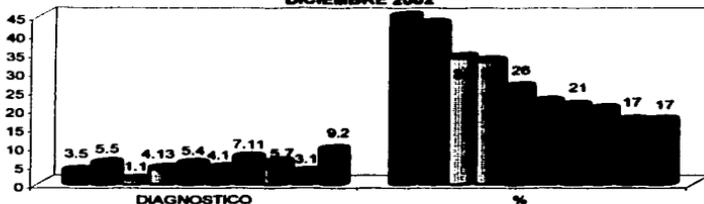
**10 PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA QUE SE PRESENTAN EN LA POBLACION ENCUESTADA DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D. F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**

No	DIAGNOSTICO	TOTAL	%
1	3.5 Deterioro de la dentición	231	45
2	5.5 Déficit de actividades recreativas	222	43
3	1.1 Limpieza ineficaz de vías aéreas	171	34
4	4.5 Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal.	167	33
5	5.4 Deterioro del patrón de sueño	134	26
6	4.1 Estreñimiento	114	22
7	7.11 Baja autoestima situacional	107	21
8	5.7 Dolor crónico	102	20
9	3.1 Desequilibrio nutricional por exceso	85	17
10	9.2 Ansiedad	89	17

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería, 2002-2003.

GRÁFICA No.16

**10 PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA QUE SE PRESENTAN EN LA POBLACION DE LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA Y MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D.F. OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**



Fuente: Cuadro 16

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Los 10 principales diagnósticos de enfermería en orden de mayor a menor frecuencia en la comunidad fueron: Deterioro de la dentición (45%), déficit de actividades recreativas (43%), limpieza ineficaz de vías aéreas (34%), alteración de perfusión tisular gastrointestinal (33%), deterioro del patrón del sueño (26%), Estreñimiento (22%), baja autoestima situacional (21%), dolor crónico (20%), desequilibrio nutricional por exceso y ansiedad con (17%) respectivamente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2.1 Discusión

Como podemos observar la utilización de Diagnósticos de Enfermería si es viable en el ámbito comunitario, ya que dentro de la clasificación de la NANDA existen varios diagnósticos que se adoptan a las necesidades y / o problemas del individuo en su comunidad, de tal manera que al identificar el problema podamos encontrar soluciones por medio de las cuales se pueda hacer frente a este, en beneficio de la salud de la población.

Por desgracia en nuestro país no se cuenta con investigaciones de esta índole, donde se utilicen los diagnósticos de enfermería como base para establecer las acciones a seguir a favor de la salud del individuo y / o su comunidad. Por lo cual solo se pudo tomar como base de partida un estudio realizado en España en 1992 con este enfoque, con el cual existen muchas similitudes en cuanto a los resultados encontrados; sin embargo para llegar a estos se llevaron a cabo diferentes métodos puesto que este estudio se utilizó un método empírico denominado PES, lo que derivó en una gran cantidad de signos y síntomas para poder definir los diagnósticos los cuales también fueron muy abundantes a pesar de haberse elegido solo los mejor elaborados y más viables para la comunidad.

En este aspecto la presente investigación se basa en el método científico a través de una clasificación de diagnósticos establecidos y aprobados por un organismo internacional de Enfermería, llamado NANDA, así como en la teoría general del Déficit de autocuidado de Dorotea E. Orem, lo cual nos ayudo a obtener una menor cantidad de diagnósticos llegando de una forma más directa a los resultados, identificando sus características definitorias y factores relacionados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Al contrastar los resultados obtenidos aún cuando la metodología de España fue la de PES y la nuestra la de NANDA, se encontraron las similitudes siguientes:

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	Lugar	CATEGORIA DIAGNOSTICA DE GORDON	Lugar
Deterioro de la detención	1°	Alimentación	1°
Déficit de actividades recreativas	2°	Descanso y actividad	8°
Limpieza ineficaz de las vías aéreas	3°	Respiración	9°
Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal	4°	Hábitos higiénicos	10°
Deterioro del patrón del sueño	5°	Descanso y actividad	8°
Estreñimiento	6°	Eliminación	4°
Baja autoestima situacional	7°	Percepción de si mismo	7°
Dolor crónico	8°	Alteración del bienestar	6°
Desequilibrio nutricional por exceso	9°	Alimentación	1°
Ansiedad	10°	Alteración del bienestar	6°

Como observamos en el cuadro aun cuando se utilizaron diferentes métodos los resultados son similares, aún cuando el grado de jerarquización difiere en algunos casos.

En el diagnóstico de Riesgo de lesión, difiere en su nivel jerárquico debido a que en México se determinó en ancianos con peligro de sufrir caídas, y en el caso de España en individuos con hábitos tóxicos diversos tales como alcoholismo y drogas principalmente quedando en quinto lugar en España mientras que en nuestro país ocupa el lugar número 57.

## 2.2 Análisis

- ❖ El mayor porcentaje en edad lo ocupan los adultos jóvenes en un rango de edad de 25 a 29 años con 14%, evidenciando también que la mayoría de la población encuestada pertenece al sexo femenino con 71.8%.
- ❖ El nivel de escolaridad con mayor predominio en nuestra población se encuentra en dos niveles que son: primaria con un 27.6 % y secundaria con un 27.8 %.
- ❖ En lo referente a la ocupación de la población encuestada se encontró que el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres que se dedican al hogar con 49.8%.
- ❖ El 93.7 % del total de esta población profesan la religión católica.
- ❖ La mayor porción de la población es casada, ocupando el 53.3%.
- ❖ El diagnóstico que ocupa el primer lugar dentro del requisito universal de aire es el de Limpieza ineficaz de las vías aéreas, con un 34% de la población.
- ❖ En el requisito universal de agua se encontró que el diagnóstico que predomina fue el de déficit de volumen de líquidos con un 16%.
- ❖ Dentro del requisito de Alimentación encontramos que el principal diagnóstico que se presentó es el de Deterioro de la Dentición con el 45%.
- ❖ En lo referente al requisito de Eliminación el diagnóstico de Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal ocupa el primer lugar de importancia con un 33%.
- ❖ En lo referente al requisito de Actividad y reposo tenemos que el principal diagnóstico que se presenta es el de Déficit de actividades recreativas con 43%.
- ❖ El primer diagnóstico que se presenta dentro del requisito de soledad e interacción es el de patrones sexuales inefectivos con un 12%.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ Dentro del requisito de Prevención de Peligros se encontró que el diagnóstico que ocupó el 1<sup>er</sup> lugar fue el de baja autoestima situacional con un 21% de la población en estudio.
- ❖ El mayor porcentaje dentro del requisito de desarrollo y funcionamiento humano lo ocupa con un 14% de la población el diagnóstico de Conocimientos deficientes.
- ❖ Dentro del requisito de Crisis se ubica en primer lugar el diagnóstico de Ansiedad con 17%.
- ❖ El requisito de desviación de la salud, tiene como principal diagnóstico el Incumplimiento del tratamiento con un 15 %.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 2.3 Interpretación

- ❖ El nivel de escolaridad con mayor predominio en nuestra población se encuentra en dos niveles que son el primaria y secundaria, esto debido a que estos son básicos y gratuitos en nuestro país.
- ❖ Las entrevistas se realizaron en el horario en el que la población económicamente activa esta generalmente en sus lugares de trabajo y las amas de casa fueron las que contestaron la mayor parte de las encuestas aplicadas.
- ❖ La población manifiesta agitación, como característica definitoria en el Diagnóstico de Limpieza ineficaz de vías aéreas y como factor relacionado el consumo de tabaco.
- ❖ La deficiencia en el consumo de agua se debe a que la población sabe de la importancia de tomarla pero la sustituye por otro tipo de líquido como refresco, té u otras bebidas que incluso pueden contener alcohol, o bien alimentos que contengan grandes cantidades de agua pensando así que con esto se cubren los requerimientos de agua de su organismo.
- ❖ La higiene oral ineficaz y falta de conocimientos sobre salud dental son el principal factor para que se presente el deterioro de la Dentición. El sedentarismo y la falta de actividades físicas así como el consumo excesivo de alimentos ricos en carbohidratos y grasas ocasionan una mala absorción de nutrientes y como consecuencia obesidad lo cual lleva a estar en riesgo de presentar enfermedades crónico degenerativas como diabetes e hipertensión arterial y problemas cardiacos que pueden poner en peligro la vida del individuo y deteriorando su estado de salud y calidad de vida.
- ❖ Los problemas como gastritis y colitis son provocadas principalmente por el alto grado de diestrés permanente con el que vive la población del DF aunado a los malos hábitos higiénico- dietéticos y la dieta del mexicano que consta de muchos alimentos altamente irritantes y condimentados a la insuficiente ingesta de líquidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- ❖ La población encuestada manifiesta que los pasatiempos habituales no pueden realizarse satisfactoriamente debido a las múltiples ocupaciones que tienen durante el día por lo que al final de este solo desean descansar, dormir, o bien ver televisión y no realizar alguna actividad física; además lo relacionan con un entorno que se encuentra desprovisto de lugares para realizar actividades recreativas.
- ❖ El individuo debe desarrollarse en todos los aspectos de su vida y esto incluye el sexual, el no ser satisfactoria esta práctica puede repercutir considerablemente en la persona ya sea de forma física, psicológica o emocionalmente afectando su autoestima, sus relaciones interpersonales y / o las de pareja.
- ❖ En nuestra población encontramos un alto índice de personas con problemas de sobrepeso y obesidad lo cual daña la percepción de si mismo además de la salud de la persona.
- ❖ La población presenta en su vida acontecimientos fuera de la gama de experiencias normales esto es generalmente por la pérdida de los progenitores, pareja o en su defecto hijos lo cual les ha ocasionado depresión afectando otros ámbitos de su vida personal y de familia.
- ❖ La población presenta conocimientos deficientes con relación a su salud, lo cual conlleva a la poca capacidad para su autocuidado.
- ❖ La población esta preocupada por su familia en especial el provenir de sus hijos y la situación económica que enfrentan dentro de su hogar en especial si un miembro de la familia se encuentra con una enfermedad crónico- degenerativa, generándoles una disminución de la actividad y angustia que, de ninguna manera contribuye a solucionar el problema en el caso de estar presente.
- ❖ La población encuestada no asiste al médico para revisiones constantes de su salud y prevenir enfermedades. Cuando estas se presentan no siguen un tratamiento médico terapéutico, por múltiples razones entre ellas la económica y la falta de tiempo.

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

- ↔ De los diagnósticos de enfermería, 6 de los primeros 10 son: Deterioro de la dentición, limpieza ineficaz de las vías aéreas, alteración de la perfusión tisular gastrointestinal, estreñimiento, baja autoestima situacional relacionada con obesidad y desequilibrio nutricional por exceso están determinados por hábitos de vida en el cual la educación para la salud da la pauta para la modificación de los mismos. El deterioro del patrón del sueño, el dolor crónico se encuentra causados por preocupación y enfermedades en el ámbito psicosomático. El décimo lugar lo ocupa la ansiedad que puede ser un disparador para las enfermedades de tipo psicosomático, anteriormente mencionadas. El déficit de actividades recreativas está relacionado con factores de tipo económico y de tiempo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### III CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje en edad lo ocupan los adultos jóvenes en un rango de edad de 25 a 29 años con 14%.
- El nivel de escolaridad con mayor predominio en nuestra población se encuentra en dos niveles que son Primaria con un 27.6 % y Secundaria con un 27.8 %, esto debido a que estos son básicos y gratuitos en nuestro país.
- De los 10 principales diagnósticos de enfermería en orden de mayor a menor frecuencia en la comunidad fueron: Deterioro de la dentición (45%), déficit de actividades recreativas (43%), limpieza ineficaz de vías aéreas (34%), alteración de perfusión tisular gastrointestinal (33%), deterioro del patrón del sueño (26%), estreñimiento (22%), baja autoestima situacional (21%), dolor crónico (20%), desequilibrio nutricional por exceso y ansiedad con (17%) respectivamente.
- De los 10 principales diagnósticos de enfermería encontramos que 6 de ellos son: Deterioro de la dentición, limpieza ineficaz de las vías aéreas, alteración de la perfusión tisular gastro intestinal, estreñimiento, baja autoestima situacional relacionada con obesidad y desequilibrio nutricional por exceso están determinados por hábitos de vida en el cual la educación para la salud da la pauta para la modificación de los mismos. El deterioro del patrón del sueño, el dolor crónico se encuentran causados por preocupación y enfermedades en el ámbito psicosomático. El décimo lugar lo ocupa la ansiedad que puede ser un disparador para las enfermedades de tipo psicosomático, anteriormente mencionadas.
- El déficit de actividades recreativas está relacionado con factores de tipo económico y de tiempo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- El 19% de la población encuestada presenta uno o varios diagnósticos de enfermería de 32 que tienen alguna relación con enfermedades crónico degenerativas, esta población en su mayoría son personas de 70 años o más (23%), esto nos demuestra que mientras aumenta la esperanza de vida de la población más se presentan este tipo de enfermedades.
- El 17.2% de la población presenta 11 de los 75 diagnósticos de enfermería encontrados en la comunidad que son: interrupción de los procesos familiares disfuncionales, alcoholismo, temor, desesperanza, estreñimiento subjetivo, riesgo de automutilación, sufrimiento, riesgo de violencia autodirigida, riesgo de suicidio, impotencia, y negación ineficaz que se encuentran en estrecha relación con problemas de salud mental o alteraciones psicológicas así como con problemas familiares.
- De los 75 diagnósticos de enfermería del 11° al 75° lugar, 8 de ellos, que representan el 56.4% se encuentran relacionados con déficit en la higiene personal en sus actividades de vida y son: Déficit de volumen de líquidos (16%), trastorno de la imagen corporal (13%), riesgo de déficit de volumen de líquidos (11%), riesgo de infección (9%), patrón respiratorio ineficaz (4%), diarrea (3%) y riesgo de estreñimiento(0.4%).
- En el ámbito económico encontramos que 3 diagnósticos de enfermería 40%, se encuentran relacionados con este factor y son: Incumplimiento del tratamiento con el 15%, manejo inefectivo del régimen terapéutico con 14% y mantenimiento inefectivo de la salud con 11% .
- El Proceso de Atención de Enfermería facilita la organización de los cuidados de enfermería, proporciona atención individualizada; las necesidades específicas se satisfacen y se logra un mayor grado de bienestar para el cliente.
- Es de vital importancia utilizar los diagnósticos de enfermería a nivel comunitario y en salud pública que tiene como propósito evaluar la situación de salud colectiva y proponer alternativas factibles para la solución de los problemas detectados.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Los diagnósticos reflejan necesidades expresadas y normativas para la determinación de prioridades, daños a la salud vinculados con problemas sociales, económicos y políticos entre otros elementos clave para la toma de decisiones y las posibles soluciones.
- Desde nuestro punto de vista la educación en salud asociada a las otras actividades puede llevar a los individuos a una mejor calidad de vida.
- En la actualidad todo el mundo se da cuenta de que el estilo de vida afecta nuestra salud y sentido de bienestar, sin embargo, esto no se manifiesta en la modificación de hábitos de vida.
- La Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem ofrece una utilidad inmediata para el personal de enfermería estableciendo el tipo de asistencia que implementará para el cuidado del individuo, familia y / o comunidad que podrá ser de apoyo, de sustitución, o complementario de acuerdo con las capacidades y demandas de autocuidado del individuo a través de una valoración específica de enfermería.
- En el ámbito internacional existen los mismos problemas o por lo menos muy parecidos, los cuales al estar identificados nos permitirán estandarizar la atención sin que esto implique que se estereotipe la misma.

### 3.1 Recomendaciones

- El equipo de salud debe estar consciente sobre la importancia y el alcance de las acciones de educación en salud para la mejoría de vida de los pacientes. La responsabilidad y el compromiso deben ser la base inicial de los trabajos; las decisiones deben ser tomadas en conjunto con los profesionales y los clientes involucrados.
- La capacitación del equipo de salud en especial del personal de enfermería, debe ser periódica y sistemática que brinde conocimientos aplicables a la realidad para poder establecer cada uno de los diagnósticos de enfermería en cualquier nivel en especial el comunitario puesto que es donde se identifican padecimientos o problemas que puedan poner en peligro el bienestar del individuo.
- El enfermero licenciado debe ser uno de los principales involucrados en la aplicación de diagnósticos de enfermería en especial en los servicios de atención primaria lo que exige a este profesional una búsqueda de perfeccionamiento que lo habilite a esta práctica, por lo que se espera llevar a los licenciados en Enfermería en México a reflexiones en el sentido que estos comprendan la importancia y el alcance que la educación en salud puede tener.
- Es necesario seguir profundizando en los diagnósticos de enfermería a fin de que se convierta en una actividad más en la práctica diaria del profesional en cualquier área de estudio y/ o aplicación.
- Se espera que la presente investigación de la pauta para nuevas investigaciones en este ámbito y se traduzca en beneficios para la población y la profesión.
- El aplicar la teoría de Orem permitirá que la enfermera diseñe estrategias ante una situación concreta de la persona que este a su cuidado llámese individuo o comunidad haciendo al personal de enfermería parte activa en las acciones a seguir y rescatándola de una situación pasiva en el tratamiento del agente de autocuidado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro Rosalinda. Aplicación del Proceso de enfermería guía práctica, 2ª ed., Edit. Doyma, España 1990.

Beare Myers., Enfermería principio y Práctica Tomo I, Edit. Panamericana, México 1993.

Brunner y Sudarth, Enfermera Médico Quirúrgica Vol. I, Edit. Interamericana Mc Graw Hill, México 1994

Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 6, No. 7, Granada España, Agosto 1988.

Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 9, No 3, Ganada España, Abril 2001.

Desarrollo Científico de Enfermería, Vol. 11, No. 3, Granada España, Abril 2003.

Diccionario de Medicina Océano Mosby, Ed 4, Edit, Océano Barcelona 1998.

Doenges E. Marilyn, et. al., Guía de bolsillo de Diagnósticos, actuaciones de enfermería, 2ª ed., Edit. Interamericana.

Griffith W. Janet, Proceso de Atención de enfermería, aplicación de Teorías, guías y modelos, 5ª ed., Edit. Manual Moderno, México 1996.

Kozier Bárbara, Fundamentos de enfermería, concepto, proceso y práctica, 5ª ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México 1999.

Logan Tierney, Modelo de enfermería, 3ª ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México 1993.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Marriner Ann, El proceso de atención de enfermería enfoque científico, 4ª ed., Edit. Manual Moderno, México 1995.

Martínez Mercedes, et. al., "Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria", enfermeras en AP Sector 2, Madrid.1993

M. J. Kim, Diagnósticos de enfermería, Edit. Interamericana, México 1990.

Murria Ellen Mary, Proceso de Atención de Enfermería, 7ª ed., Edit. Manual Moderno, México 1996.

North American Nursing Diagnosis Association, Definiciones y clasificación 2000-2002, Filadelfia Pensilvania, 2002

Orem Dorotea E, Modelo de Orem Conceptos de enfermería en la práctica, Edit Masson- Salvat Enfermería, 1993.

Ostingüin Rosa Maria, Teoría General del Déficit de Auto cuidado Guía básica ilustrada, Edit Manual moderno, México-Santa Fe Bogota 2001.

Taptich. BJ, Proceso y Diagnósticos de Enfermería, 3ª ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México 1997.

W. Lier Patricia, Proceso de enfermería y Diagnósticos de enfermería, 2ª ed., Edit. Mc Graw Hill Interamericana, México 1993.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXO A

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

97-A

**GUIA PARA LA VALORACIÓN Y DX DEL CLIENTE CON BASE EN OREM**

Ficha de identificación

Nombre: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

REQUISITOS UNIVERSALES	SIGNOS Y SÍNTOMAS	RELACIONADO CON	DIAGNOSTICOS
<p><b>1. AIRE:</b>                      Respiración No: _____                      Fuma: sí no Núm _____                      Problemas respiratorios: _____                      Ayudas especiales: _____</p>			
<p><b>2. AGUA</b>                      Ingesta agua 24 horas _____                      Tipo de líquido: _____                      Edo Hidratación: _____                      Problemas relacionados: _____</p>			
<p><b>3. ALIMENTOS</b>                      Dieta 24 horas _____                      Preferencias/desagrados _____                      Modificaciones dietéticas                      (culturales, religiosas, md) _____                      Presupuesto a la semana _____                      Problemas por ingesta _____                      Pérdida de peso: _____                      Sitio realiza alimentos _____                      Amb. Comida: _____                      Quién los prepara _____                      Edo de Boca _____                      Problemas rel/ ingesta/diges _____                      Cuidados especiales: _____</p>			
<p><b>4. ELIMINACIÓN:</b>                      Patrones diarios de:                      Intestinal: _____                      Vesical: _____                      Características: _____                      Ayudas: Líquidos, alimentos,                      medicamentos, enemas,                      Problemas relacionados: _____</p>			

<b>5. ACTIVIDAD Y REPOSO:</b> Tipo de actividad: _____ Sitio de actividad: _____ No. Hrs: ____ Tipo de ejercicio, Frec _____ Cuidados especiales: _____ No. Hrs de sueño: ____ Apoyos: _____			
<b>6. SOLEDAD E INTERACCION</b> Act. en la soledad: _____ Sexualidad: _____ Interacciones sociales: _____			
<b>7. PELIGROS PARA LA VIDA HUMANA</b> Hábitos sociales: _____ Recursos sanitarios: _____ Prácticas personales de salud: _____ Autoconcepto/ imagen: _____ Salud mental: _____			
<b>8. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO:</b> Etapa: _____ Condiciones que promueven o impiden su desarrollo normal: _____			
<b>9. REQUISITOS POR CRISIS</b>			
<b>10. DESVIACIÓN DE LA SALUD</b>			

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

# ANEXO B

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

99-A

## LISTA DE DIAGNÓSTICOS

### 1. AIRE

- 1.1 Limpieza ineficaz las vías aéreas
- 1.2 Patrón respiratorio ineficaz
- 1.3 Riesgo de asfixia
- 1.4 Alteración de la perfusión tisular cardiopulmonar.

### 2. AGUA

- 2.1 Riesgo de desequilibrio de líquidos
- 2.2 Exceso de volumen de líquidos
- 2.3 Déficit de volumen de líquidos
- 2.4 Riesgo de déficit de volumen de líquidos

### 3. ALIMENTACIÓN

- 3.1 Desequilibrio nutricional por exceso.
- 3.2 Desequilibrio nutricional por defecto.
- 3.3 Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.
- 3.4 Riesgo de infección.
- 3.5 Deterioro de la dentición.

### 4. ELIMINACIÓN

- 4.1 Estreñimiento
- 4.2 Estreñimiento subjetivo.
- 4.3 Diarrea.
- 4.4 Riesgo de estreñimiento.
- 4.5 Deterioro de la eliminación urinaria
- 4.6 Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 4.7 Incontinencia urinaria de urgencia
- 4.8 Incontinencia urinaria funcional
- 4.9 Incontinencia urinaria total
- 4.10 Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia.
- 4.11 Retención urinaria
- 4.12 Alteración de la perfusión tisular renal
- 4.13 Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal.

### 5. ACTIVIDAD Y REPOSO

- 5.1 Intolerancia a la actividad.
- 5.2 Fatiga
- 5.3 Riesgo de intolerancia a la actividad.
- 5.4 Deterioro del patrón de sueño.
- 5.5 Déficit de actividades recreativas
- 5.6 Dolor agudo
- 5.7 Dolor Crónico.

### 6. SOLEDAD E INTERACCION

- 6.1 Deterioro de la interacción social.
- 6.2 Aislamiento social.
- 6.3 Riesgo a la soledad
- 6.4 Desempeño inefectivo del rol.
- 6.5 Disfunción sexual.
- 6.6 Interrupción de los procesos familiares.
- 6.7 Patrones sexuales inefectivos.
- 6.8 Procesos familiares disfuncionales alcoholismo.
- 6.9 Deterioro de la comunicación

### 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS

- 7.1 Riesgo de violencia dirigida a otros.
- 7.2 Riesgo de automutilación.
- 7.3 Riesgo de violencia autodirigida.
- 7.4 Síndrome postraumático.
- 7.5 Riesgo de intoxicación.
- 7.6 Riesgo de lesión.
- 7.7 Riesgo de traumatismo.
- 7.8 Riesgo de aspiración.
- 7.9 Riesgo de caídas.
- 7.10 Riesgo de suicidio.
- 7.11 Baje autoestima situacional.
- 7.12 Trastorno de la imagen corporal
- 7.13 Baje autoestima crónica
- 7.14 Trastorno de la identidad personal
- 7.15 Déficit de autocuidado baño / higiene.
- 7.16 Déficit de autocuidado vestido / acicalamiento.

### 8. DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO HUMANO

- 8.1 Conocimientos deficientes.
- 8.2 Trastorno en los procesos del pensamiento.
- 8.3 Deterioro de la memoria.

### 9. CRISIS

- 9.1 Impotencia
- 9.2 Ansiedad
- 9.3 Ansiedad ante la muerte
- 9.4 Temor
- 9.5 Riesgo de sufrimiento espiritual
- 9.6 Sufrimiento

### 10. DESVIACIÓN DE LA SALUD

- 10.1 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
- 10.2 Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
- 10.3 Deterioro de la adaptación
- 10.4 Negación ineficaz.
- 10.5 Desesperanza.
- 10.6 Mantenimiento inefectivo de la salud.
- 10.7 Manejo inefectivo del régimen.
- 10.8 Incumplimiento del tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANEXO C

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

100-A

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA POR ORDEN DE MAYOR A MENOR  
FRECUENCIA, QUE SE PRESENTAN EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA DE  
LAS DELEGACIONES CUAJIMALPA MIGUEL HIDALGO, MÉXICO D. F.  
OCTUBRE - DICIEMBRE 2002**

<b>No</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
1	3.5 Deterioro de la dentición	231	45
2	5.5 Déficit de actividades recreativas	222	43
3	1.1 Limpieza ineficaz de vías aéreas	171	34
4	4.12 Alteración de la perfusión tisular gastrointestinal.	167	33
5	5.4 Deterioro del patrón de sueño	134	26
6	4.1 Estreñimiento	114	22
7	7.11 Baja autoestima situacional	107	21
8	5.7 Dolor crónico	102	20
9	3.1 Desequilibrio nutricional por exceso	88	17
10	9.2 Ansiedad	89	17
11	2.3 Déficit de volumen de líquidos	83	16
12	10.8 Incumplimiento del tratamiento	78	15
13	7.4 Síndrome postraumático	75	15
14	10.7 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.	72	14
15	8.1 Conocimientos deficientes	71	14
16	7.12 Trastorno de la imagen corporal	67	13
17	6.7 Patrones sexuales inefectivos	60	12
18	10.6 Mantenimiento inefectivo de la salud	56	11
19	2.3 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	55	11
20	5.3 Riesgo de intolerancia a la actividad	51	10
21	3.4 Riesgo de infección	47	9
22	3.2 Desequilibrio nutricional por defecto	41	8
23	5.2 Fatiga	41	8
24	4.5 Deterioro de la eliminación urinaria	35	7
25	8.1 Trastorno de los procesos del pensamiento	33	7
26	6.6 Interrupción de los procesos familiares	23	5
27	7.9 Riesgo de caídas	23	5
28	7.1 Riesgo de violencia dirigida a otros	22	4
29	7.13 Baja autoestima crónica	22	4
30	6.2 Aislamiento social	21	4
31	1.2 Patrón respiratorio ineficaz	20	4
32	6.3 Riesgo a la soledad	19	4
33	6.5 Disfunción sexual	18	4
34	7.7 Riesgo de traumatismo	18	4
35	5.6 Dolor agudo	16	3
36	5.1 Intolerancia a la actividad	15	3

37	2.2	Exceso de volumen de líquidos	14	3
38	4.3	Diarrea	14	3
39	9.3	Ansiedad ante la muerte	13	3
40	10.1	Cansancio en el desempeño del cuidador	10	2
41	6.8	Procesos disfuncionales, alcoholismo	10	2
42	9.4	Temor	10	2
43	10.5	Desesperanza	10	2
44	3.2	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso	9	2
45	7.15	Déficit de auto cuidado baño / higiene	9	2
46	1.3	Riesgo de asfixia	8	2
47	6.1	Deterioro de la interacción social	8	2
48	6.4	Desempeño inefectivo del rol	8	2
49	10.3	Deterioro de la adaptación	8	2
50	1.3	Alteración de la perfusión tisular cardio pulmonar	6	1
51	7.8	Riesgo de aspiración	6	1
52	7.5	Riesgo de intoxicación	6	1
53	4.2	Estreñimiento subjetivo	5	1
54	4.7	Incontinencia urinaria de esfuerzo	5	1
55	4.12	Alteración de la perfusión tisular renal	5	1
56	7.2	Riesgo de auto mutilación	5	1
57	7.6	Riesgo de lesión	5	1
58	6.9	Deterioro de la comunicación	4	1
59	7.16	Déficit de auto cuidado vestido / acicalamiento	4	1
60	9.6	Sufrimiento	4	1
61	10.2	Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador	4	1
62	4.8	Incontinencia urinaria funcional	3	1
63	7.3	Riesgo de violencia autodirigida	3	1
64	7.10	Riesgo de suicidio	3	1
65	9.1	Impotencia	3	1
66	4.4	Riesgo de estreñimiento	2	0.4
67	8.3	Deterioro de la memoria	2	0.4
68	4.6	Incontinencia urinaria de esfuerzo	1	0.2
69	4.9	Incontinencia urinaria total	1	0.2
70	4.11	Retención urinaria	1	0.2
71	9.5	Riesgo de sufrimiento espiritual	1	0.2
72	10.4	Negación ineficaz	1	0.2
73	2.1	Riesgo de desequilibrio de líquidos	0	0
74	4.10	Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia	0	0
75	7.14	Trastorno de la identidad personal	0	0

Fuente: Encuestas realizadas por las pasantes de la Licenciatura en Enfermería , 2002-2003.

# ANEXO D

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

102-A

**TABULACION DE DIAGNOSTICOS**

**1.- AIRE**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>1 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AÉREAS</b>	<b>171</b>	<b>34</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
1.1.1. <b>Dianea.</b>	34	20
1.1.2. <b>Ausencia o inefectividad de los tos.</b>	3	2
1.1.3. <b>Espujo.</b>	13	8
1.1.4. <b>Cianosis</b>	3	2
1.1.5. <b>Disminución de los sonidos respiratorios.</b>	0	0
1.1.6. <b>Ortopnea</b>	1	1
1.1.7. <b>Dificultad para vocalizar</b>	2	1
1.1.8. <b>Sonidos respiratorios adventicios.</b>		
a) <b>Sibilancias</b>	8	5
b) <b>Estertores</b>	9	5
c) <b>Crepitancias</b>	2	1
d) <b>Roncus</b>	0	0
1.1.9. <b>Cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio.</b>	5	3
1.1.10. <b>Agitación.</b>	81	47
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
1.1.11. <b>Ambientales</b>		
a) <b>Tabaquismo</b>	131	77
b) <b>Irritación por el humo</b>	0	0
c) <b>Fumador pasivo</b>	8	5
1.1.12. <b>Obstrucción de las vías aéreas.</b>		
a) <b>Espasmo de las vías aéreas</b>	2	1
b) <b>Cuerpos extraños en las vías</b>	1	1
<b>Aéreas</b>		
c) <b>Retención de las secreciones.</b>	2	1
d) <b>Mucosidad excesiva.</b>	26	15
e) <b>Secreciones bronquiales.</b>	2	1
1.1.13. <b>Fisiológicas</b>		
a) <b>Distinción neuromuscular</b>	6	4
b) <b>Hiperplasia de las paredes</b>	8	5
<b>Bronquiales</b>		
c) <b>Enfermedad pulmonar obstructiva</b>	1	1
<b>Crónica</b>		
d) <b>Infección</b>	10	6
e) <b>Asma</b>	7	4
f) <b>Vías aéreas alérgicas.</b>	5	3

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>1.2 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ.</b>	<b>20</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
1.2.1. Disminución de la ventilación por minuto.	1	5
1.2.2. Uso de músculos accesorios para respirar.	2	10
1.2.3. Aleteo Nasal.	0	0
1.2.4. Disnea.	17	85
1.2.5. Ortopnea	0	0
1.2.6. Alteración de la excursión torácica.	0	0
1.2.7. Falta de aliento.	8	40
1.2.8. Respiración con los labios fruncidos.	0	0
1.2.9. Aumento del diámetro antero posterior.	0	0
1.2.10. Frecuencia respiratoria por minuto < 11 o > 24	3	15
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
1.2.11. Hiperventilación.	0	0
1.2.12. Síndrome de hipo ventilación.	0	0
1.2.13. Enfermedad ósea.	1	5
1.2.14. Dolor	6	30
1.2.15. Deformidad de la pared torácica.	0	0
1.2.16. Ansiedad	1	5
1.2.17. Disminución de energía o fatiga.	6	30
1.2.18. Obesidad	7	35
1.2.19. Disfunción neuromuscular	3	15
1.2.20. Deterioro músculo esquelético.	0	0
1.2.21. Deterioro de la percepción o cognición.	0	0
1.2.22. Lesión de la medula espinal.	0	0
1.2.23. Posición corporal.	0	0
1.2.24. Fatiga de los músculos respiratorios.	3	15
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>1.3 RIESGO DE ASFIXIA</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO EXTERNOS</b>		
1.3.1. Calentamiento del motor de un vehículo en un garaje cerrado.	0	0
1.3.2. Uso de calentadores de fuel sin la debida ventilación al exterior.	0	0
1.3.3. Fumar en la cama	0	0
1.3.4. Ingesta de grandes bocados de comida.	1	13
1.3.5. Fugas de gas doméstico.	1	13
1.3.6. Tendedores con las cuerdas bajas.	0	0
<b>INTERNOS</b>		
1.3.7. Reducción del sentido del olfato.	1	13
1.3.8. Reducción de la habilidad motora.	0	0
1.3.9. Dificultades cognitivas o emocionales.	1	13
1.3.10. Procesos patológicos o lesiones.	7	88
1.3.11. Falta de precauciones de seguridad.	1	13
1.3.12. Falta de educación sobre las medidas de seguridad.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>1.4 ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIOPULMONAR</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
1.4.1 Alteración de la frecuencia respiratoria por encima o por debajo de los parámetros aceptables.	3	50
1.4.2 Uso de músculos accesorios.	1	17
1.4.3 Relleno capilar superior a los tres segundos.	0	0
1.4.4 Dolor torácico.	1	17
1.4.5 Sensación de "muerte inminente"	0	0
1.4.6 Broncoespasmos.	3	50
1.4.7 Disnea.	5	83
1.4.8 Arritmias.	2	33
1.4.9 Aleteo nasal.	0	0
1.4.10 Retracción torácica.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
1.4.11 Hipovolemia	0	0
1.4.12 Hipervolemia	2	33
1.4.13 Problemas de intercambio gaseoso	2	33
1.4.14 Interrupción del flujo venoso	0	0
1.4.15 Hiperventilación.	1	17
1.4.16 Deterioro del transporte de oxígeno a través de la Membrana capilar.	1	17
1.4.17 Disminución de la concentración de hemoglobina en sangre.	1	17
1.4.18 Alteración de la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 2. AGUA

DIAGNOSTICOS	TOTAL	%
<b>2.1 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN LIQUIDOS</b>	0	0
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
2.1.1. Programación para procedimientos invasivos mayores.	0	0
DIAGNOSTICOS	TOTAL	%
<b>2.2 EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.</b>	14	3
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS.</b>		
2.2.1 Aumento de peso en un corto periodo de tiempo.	4	29
2.2.2 Aportes superiores a las pérdidas.	0	0
2.2.3 Edema que puede progresar a anasarca.	14	100
2.2.4 Distensión venosa yugular.	0	0
2.2.5 Disminución de la hemoglobina y del hematocrito	0	0
2.2.6 Cambios en la tensión arterial.	7	50
2.2.7 Cambios en el patrón respiratorio		
a) Disnea o falta de aliento	2	14
b) Congestión pulmonar	0	0
c) Ortopnea	0	0
d) Estertores	0	0
e) Crepitancias	0	0
2.2.8 Cambio del estado mental.	0	0
2.2.9 Cambios de la gravedad específica de la orina.	0	0
2.2.10 Oliguria, azoemia.	1	7
2.2.11 Desequilibrio electrolítico.	2	14
2.2.12 Agitación.	3	21
2.2.13 Ansiedad.	3	21
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
2.2.14 Compromiso de los mecanismos reguladores.	14	100
2.2.15 Exceso de aporte de líquidos.	0	0
2.2.16 Exceso de aporte de sodio.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>2.3 DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.</b>	<b>83</b>	<b>16</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
2.3.1 Debilidad	4	5
2.3.2 Sed.	29	35
2.3.3 Disminución del turgor de la piel y de los tegumentos	44	53
2.3.4 Disminución de la diuresis.	24	29
2.3.5 Aumento de la concentración de la orina.	35	42
2.3.6 Disminución del llenado capilar.	0	0
2.3.7 Disminución de la tensión arterial.	0	0
2.3.8 Sequedad de la piel y mucosas.	71	86
2.3.9 Aumento de la frecuencia del pulso.	0	0
2.3.10 disminución del volumen / presión del pulso.	0	0
2.3.11 Aumento del hematócrito.	0	0
2.3.12 Cambio en el estado mental	0	0
2.3.13 Aumento de la temperatura corporal.	1	1
2.3.14 Pérdida súbita de peso.	10	12
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
2.3.15 Pérdida activa de volumen de líquidos.	19	11
2.3.16.Fallo de los mecanismos reguladores.	54	65

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>2.4 RIESGO DE DEFICIT DE VOLUMEN DE LIQUIDOS.</b>	<b>55</b>	<b>11</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>		
2.4.1 Factores que influyen en la necesidad de líquidos.		
a) estados hipermetabólicos	5	9
2.4.2 Estados Ponderales	1	2
2.4.3. Situaciones que afectan al acceso a los líquidos, a su ingesta o afectan la absorción.		
a) Inmovilidad física	3	5
2.4.4. Extremos de edad.	6	11
2.4.5. Déficit de conocimientos respecto al volumen de líquidos.	11	20
2.4.6. Pérdidas excesivas a través de vías anormales.		
a) Medicamentos Diuréticos.	1	2
2.4.7. Pérdida excesiva a través de vías normales.		
a) Diarreas	0	0

### 3 ALIMENTACIÓN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>3.1. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO.</b>	<b>88</b>	<b>17</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
3.1.1 Pliegue cutáneo del tríceps superior a 15 mm en los varones o a 25 mm en las mujeres.	58	66
3.1.2 Peso corporal superior en un 10 % o más al ideal según:		
a) Talla	35	40
b) Sexo	30	34
c) Edad	24	27
d) Constitución corporal	37	42
3.1.3. Sedentarismo	15	17
3.1.4. Patrones alimentarios inadecuados.	16	18
3.1.5. Comer en respuesta a claves externas (hora).	1	1
3.1.6. Comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (ansiedad).	1	1
3.1.7. Empeñarse la comida con otras actividades.	0	0
3.1.8. Concentrar la toma de alimentos al final del día.	6	7
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
3.1.9 Aporte excesivo en la relación con las necesidades metabólicas.	80	91

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>3.2. DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO.</b>	<b>41</b>	<b>8</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
3.2.1 Peso corporal inferior en un 20% inferior o más del peso ideal.	24	59
3.2.2. Informe de ingesta menor a las cantidades diarias recomendadas	17	41
3.2.3. Palidez de las conjuntivas y mucosas.	9	22
3.2.4. Debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución.	2	5
3.2.5. Inflamación o ulceración de la cavidad bucal.	0	0
3.2.6. Sediedad inmediatamente después de ingerir alimentos.	1	2
3.2.7. Informe o evidencia de falta de alimentos.	2	5
3.2.8 Informe de alteración del sentido del gusto.	1	2

3.2.9. Incapacidad subjetiva para ingerir alimentos.	1	2
3.2.10. Conceptos erróneos.	5	12
3.2.11. Pérdida de peso con un aporte nutricional adecuado.	7	17
3.2.12. Aversión a comer.	1	2
3.2.13. Dolor abdominal con o sin patología.	7	17
3.2.14. Falta de interés en los alimentos.	2	5
3.2.15. Fragilidad capilar.	0	0
3.2.16. Diarreas o esteatorreas.	1	2
3.2.17. Calda excesiva del pecho.	1	2
3.2.18. Ruidos abdominales hiperactivos.	0	0
3.2.19. Falta de información o información errónea.	5	12
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
3.2.20. Incapacidad para digerir o absorber los nutrientes, debido a factores biológicos, psicológicos o económicos	38	93

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>3.3 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO.</b>	<b>9</b>	<b>19</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>		
3.3.1. Informes de uso de los alimentos sólidos como principal fuente de alimentación antes de los 5 meses de edad.	0	0
3.3.2. Concentrar la toma de alimentos al final del día.	5	56
3.3.3. Información u observación de obesidad en uno o en ambos progenitores.	1	11
3.3.4. Información u observación de un peso de referencia cada vez más al inicio de cada embarazo.	4	44
3.3.5. Emparejar la comida con otras actividades.	0	0
3.3.6. Observación del uso de alimentos como medida de recompensa o de bienestar.	1	11
3.3.7. Comer en respuesta a claves externas ( hora).	0	0
3.3.8. Comer en respuesta a claves internas (ansiedad).	0	0
3.3.9. Patrones alimentarios disfuncionales	1	11

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>3.4. RIESGO DE INFECCION</b>	<b>47</b>	<b>9</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
3.4.1 Procedimientos invasivos	4	9
3.4.2. Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos.	3	6
3.4.3. Traumatismo	1	2
3.4.4 Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental	0	0
3.4.5. Agentes farmacológicos. (Inmunosupresores)	0	0
3.4.6. Desnutrición	2	4
3.4.7. Aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos	3	6
3.4.8. Inmunosupresión	37	79
3.4.9. Inmunidad adquirida inadecuada	0	0
3.4.10. Alteración de las defensas primarias		
a) Rotura de la piel.	2	4
b) Traumatismo de los tejidos	0	0
c) Disminución de la acción cilior	0	0
d) Estasis de los líquidos corporales	0	0
e) Cambio del PH de las secreciones	32	68
f) Alteración del peristaltismo	0	0
3.4.11. Alteración de las defensas secundarias.	1	2
3.4.12. Leucopenia.	1	2
3.4.13. Respuesta inflamatoria.	0	0
3.4.14. Enfermedades Crónicas.	37	79

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>3.5 DETERIORO DE LA DENTICION</b>	<b>231</b>	<b>45</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
3.5.1. Halitosis.	120	52
3.5.2. Decoloración del esmalte dental.	4	2
3.5.3. Caries en la corona o en las raíces.	149	64
3.5.4. Exceso de placa.	34	15
3.5.5. Dolor dental.	6	3
3.5.6. Dientes que se mueven.	0	0
3.5.7. Cálculos excesivos.	0	0
3.5.8. Mala oclusión o mala alineación dental.	1	0.4
3.5.9. Dientes desgastados.	7	3
3.5.10 Fracturas dentales.	1	0.4
3.5.11 Falta total o parcial de los dientes.	76	33
3.5.12 Erosión del esmalte.	0	0
3.5.13 Expresión facial asimétrica.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
3.5.14 Higiene Oral ineficaz.	170	74
3.5.15 Sensibilidad al frío o calor.	6	3
3.5.16 Barreras para el autocuidado.	37	16
3.5.17 Nutricionales.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

3.5.18 Hábitos Dietéticos.	2	1
3.5.19 Aporte excesivo de sustancias fluoradas.	0	0
3.5.20 Uso persistente de café, tabaco, té o vino tinto.	16	7
3.5.20 Falta de conocimientos sobre la salud dental.	47	20
3.5.21 Uso de agentes de limpieza excesivamente abrasivos.	2	1
3.5.22 Barreras económicas o de acceso al cuidado profesional.	44	19
3.5.23 Predisposición genética.	1	0,4
3.5.24 Prescripción de ciertos medicamentos.	1	0,4
3.5.25 Vómitos crónicos.	0	0
3.5.26 Bruxismo.	0	0

#### 4. ELIMINACIÓN.

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.1 ESTREÑIMIENTO.</b>	<b>114</b>	<b>22</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.1.1 Cambios en el patrón intestinal.	6	5
4.1.2 Sangre roja brillante en las heces.	2	2
4.1.3 Presencia de heces de consistencia pastosa en el recto.	0	0
4.1.4 Distensión abdominal.	68	60
4.1.5 Heces negras o alquitranadas.	0	0
4.1.6 Aumento de la presión abdominal	1	1
4.1.7 Matidez abdominal.	0	0
4.1.8 Dolor durante la defecación.	10	9
4.1.9 Disminución del volumen de heces.	1	1
4.1.10 Eliminación de heces duras, secas y formadas.	111	97
4.1.11 Masa rectal palpable.	0	0
4.1.12 Sensación de plenitud o presión rectal.	0	0
4.1.13 Dolor abdominal.	43	38
4.1.14 Incapacidad para eliminar las heces.	1	1
4.1.15 Anorexia.	0	0
4.1.16 Cefaleas.	1	1
4.1.17 Cambio en los ruidos abdominales (borborigmos).	0	0
4.1.18 Indigestión.	0	0
4.1.19 Presentaciones atípicas en adultos ancianos	0	0
a) Cambios del estado mental.	0	0
b) Incontinencia urinaria.	0	0
c) Caldas inexplicables.	0	0
d) Aumento de la temperatura corporal.	4	4

4.1.20	Fistulencia severa.	4	4
4.1.21	Fatiga generalizada.	2	2
4.1.22	Sonidos abdominales hiper o hipo activos.	0	0
4.1.23	Masa abdominal palpable.	2	2
4.1.24	Sensibilidad abdominal con o sin resistencia muscular palpable.	0	0
4.1.25	Nauseas o Vómitos.	0	0
4.1.26	Rezumamiento de heces líquidas.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>			
<b>FUNCIONALES</b>			
4.1.27	Cambios ambientales recientes.	0	0
4.1.28	Negación o falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar.	0	0
4.1.29	Actividad física insuficiente.	53	46
4.1.30	Hábitos de defecación irregulares.	4	4
4.1.31	Problemas durante la defecación		
a)	Falta de tiempo	1	1
b)	Posición inadecuada para defecar	2	2
c)	Falta de intimidad	0	0
4.1.32	Debilidad de los músculos abdominales.	0	0
<b>PSICOLÓGICOS</b>			
4.1.33	Estrés emocional.	46	40
4.1.34	Depresión	5	4
4.1.35	Confusión mental.	0	0
<b>FARMACOLÓGICOS</b>			
4.1.36	Agentes antilipémicos	0	0
4.1.37	Sobre dosis de laxantes.	2	2
4.1.38	Carbonato cálcico.	0	0
4.1.39	Antiácidos que contengan aluminio.	1	1
4.1.40	Antiinflamatorios no esteroideos.	0	0
4.1.41	Opiáceos.	0	0
4.1.42	Anticolinérgicos.	0	0
4.1.43	Diuréticos.	1	1
4.1.44	Sales de hierro.	0	0
4.1.45	Fenotiacidas.	0	0
4.1.46	Sedantes.	0	0
4.1.47	Simpaticomiméticos.	0	0
4.1.48	Antidepresivos.	0	0
4.1.49	Bloqueadores de los canales de calcio.	0	0
4.1.50	Sales de bismuto.	0	0
<b>MECÁNICOS</b>			
4.1.51	Absceso o úlcera rectal.	0	0
4.1.52	Embarazo.	3	3
4.1.53	Fisura rectal o anal.	0	0
4.1.54	Tumores.	0	0
4.1.55	Megacolon	0	0
4.1.56	Desequilibrio electrolítico.	5	4
4.1.57	Prolapso rectal.	1	1
4.1.58	Agrandamiento prostático.	0	0
4.1.59	Deterioro neurológico.	0	0
4.1.60	Estenosis rectal o anal	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

4.1.61	Obstrucción posquirúrgica.	0	0
4.1.62	Hemorroides	0	0
4.1.63	Obesidad.	4	4
<b>FISIOLÓGICOS</b>			
4.1.64	Malos hábitos alimentarios.	8	7
4.1.65	Disminución de la motilidad del tracto gástrico intestinal.	1	1
4.1.66	Higiene oral o dentición inadecuada.	2	2
4.1.67	Aporte insuficiente de fibras.	20	18
4.1.68	Aporte insuficiente de líquidos.	61	54
4.1.69	Cambio en el tipo de alimentos ingeridos en el patrón de alimentación.	2	2
4.1.70.	Dehidratación.	3	3

<b>DIAGNOSTICO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>4.2 ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO</b>		<b>5</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>			
4.2.1	Expectativa de una eliminación intestinal diaria con el consiguiente uso de laxantes.	2	40
4.2.2	Expectativa de una eliminación intestinal diaria a la misma hora.	2	40
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>			
4.2.3	Ideas sanitarias culturales o familiares.	2	40
4.2.4	Apreciación errónea.	3	60
4.2.5	Deterioro de los procesos del pensamiento.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>		<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>4.3 DIARREA</b>		<b>14</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>			
4.3.1.	Sonidos intestinales hiperactivos.	0	0
4.3.2.	Eliminación por lo menos de tres deposiciones por día.	13	93
4.3.3.	Urgencias.	6	43
4.3.4.	Calambres.	3	21
4.3.5.	Dolor abdominal.	4	29
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>			
<b>FACTORES PSICOLÓGICOS</b>			
4.3.6.	Alto grado de estrés y ansiedad.	3	21
<b>SITUACIONALES</b>			
4.3.7.	Abuso del alcohol.	0	0
4.3.8.	Abuso de laxantes.	0	0
4.3.9.	Irradiación.	0	0
4.3.10.	Toxinas	0	0
4.3.11.	Alimentación por sonda.	0	0
4.3.12.	Efectos adversos de los medicamentos.	0	0
4.3.13.	Contaminantes.	2	14
4.3.14.	Viajes.	0	0

<b>FISIOLÓGICOS</b>		
4.3.15. Inflamación.	1	7
4.3.16. Mala absorción.	11	79
4.3.17. Infecciones.	2	14
4.3.18. Irritación.	1	7
4.3.19. Presencia de parásitos.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>4.4. RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</b>	<b>2</b>	<b>0.4</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>		
<b>FUNCIONALES</b>		
4.4.1. Cambios ambientales recientes.	0	0
4.4.2. Negación o falta de respuesta habitual a la urgencia de defecar.	0	0
4.4.3. Actividad física insuficiente.	0	0
4.4.4. Hábitos de defecación irregulares.	2	100
4.4.5. Problemas durante la defecación como:	0	0
a) falta de tiempo.		
b) Posición inadecuada para defecar.	0	0
c) Falta de intimidad.	0	0
4.4.6. Debilidad de los músculos abdominales.	0	0
<b>PSICOLÓGICOS</b>	0	0
4.4.7. Estrés emocional.	0	0
4.4.8. Depresión.	0	0
4.4.9. Confusión mental.	0	0
<b>FISIOLÓGICOS</b>	0	0
4.4.10. Malos hábitos alimentarios.	0	0
4.4.11. Disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.	1	50
4.4.12. Higiene oral o dentición inadecuadas.	0	0
4.4.13. Aporte insuficiente de fibras.	0	0
4.4.14. Aporte insuficiente de líquidos.	1	50
4.4.15. Cambio en el tipo de alimentos ingeridos o en el patrón de alimentación.	0	0
4.4.16. Deshidratación.	1	50
<b>FARMACOLÓGICOS</b>		
4.4.17. Agentes antilipémicos.	0	0
4.4.18. Sobre dosis de laxantes.	0	0
4.4.19. Carbonato cálcico.	0	0
4.4.20. Antiácidos que contengan aluminio.	0	0
4.4.21. Antiinflamatorios no esteroideos.	0	0
4.4.22. Opiáceos.	0	0
4.4.23. Anticolinérgicos.	0	0
4.4.24. Diuréticos.	0	0
4.4.25. Sales de hierro.	0	0
4.4.26. Fenotiacidas.	0	0
4.4.27. Sedantes.	0	0
4.4.28. Simpaticomiméticos.	0	0
4.4.29. Sales de bismuto.	0	0

4.4.30. Antidepresivos.	0	0
4.4.31. Bloqueadores de los canales de calcio.	0	0
<b>MECANICOS</b>	0	0
4.4.32. Absceso o úlcera rectal.	0	0
4.4.33. Embarazo.	0	0
4.4.34. Fisura rectal o anal.	0	0
4.4.35. Tumores.	0	0
4.4.36. Megacolon o enfermedad de Hirschsprung.	0	0
4.4.37. Desequilibrio electrolítico.	1	50
4.4.38. Prolapso rectal.	0	0
4.4.39. Agrandamiento prostático.	0	0
4.4.40. Deterioro neurológico.	0	0
4.4.41. Estenosis rectal o anal.	0	0
4.4.42. Rectocele.	0	0
4.4.43. Obstrucción posquirúrgica	0	0
4.4.44. Hemorroides.	0	0
4.4.45. Obesidad.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>4.5. DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA</b>	<b>35</b>	<b>69</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.5.1 Incontinencia.	4	11
4.5.2 Urgencia.	7	20
4.5.3 Nicturia.	11	31
4.5.4 Dificultad para iniciar el chorro de orina.	5	14
4.5.5 Disuria.	22	63
4.5.6 Polaquiuria.	3	9
4.5.7 Retención.	4	11
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
4.5.8 Multicausalidad.	14	40
4.5.9 Obstrucción anatómica.	2	6
4.5.10 Deterioro sensitivo y motor.	6	17
4.5.11 Infección del tracto urinario.	14	40

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>4.6. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>C) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.6.1. Goteo de orina al aumentar la presión abdominal.	1	100
4.6.2. Urgencia urinaria.	0	0
4.6.3. Intervalo entre micciones inferior a 2 horas.	0	0
<b>D) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.6.4. Debilidad de los músculos pélvicos y de los soportes estructurales.	1	100

4.6.5. Cambios degenerativos en los músculos pélvicos y soportes estructurales asociados con el envejecimiento.	0	0
4.6.6. Drenaje vesical incompleto.	0	0
4.6.7. Sobredistensión entre micciones.	0	0
4.6.8. Aumento de la presión intraabdominal.	0	0
a) Obesidad.	0	0
b) Embarazo.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.7. INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA.</b>	5	1
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.7.1 Urgencia urinaria.	3	60
4.7.2 Incapacidad para llegar al WC a tiempo.	4	80
4.7.3 frecuencia superior a una micción cada 2 horas.	3	60
4.7.4 Contractura o espasmo vesical.	0	0
4.7.5 Más de 2 micciones por la noche.	2	40
4.7.6 Micciones de cantidad inferior a 100 cc.	2	40
4.7.7 Micciones de cantidad superior a los 500 cc.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.7.8 Alcohol.	0	0
4.7.9 Cafeína.	1	20
4.7.10 Aumento de la ingesta de líquidos.	1	20
4.7.11 Sobredistensión vesical.	5	100
4.7.12 Infección vesical.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.8. INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL.</b>	3	1
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.8.1. Incontinencia que puede presentarse solo por la mañana.	0	0
4.8.2. Percepción de la necesidad para miccionar.	2	67
4.8.3. Capacidad para vaciar completamente la vejiga.	0	0
4.8.4. El tiempo requerido para llegar al inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada.	2	67

4.8.5. Pérdida de orina antes de llegar al inodoro.	3	100
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.8.6. Factores psicológicos.	1	33
4.8.7. Deterioro de la visión.	0	0
4.8.8. Limitaciones neuromusculares.	1	33
4.8.9. Alteraciones de los factores ambientales.	1	33
4.8.10. Debilidad de las estructuras pélvicas de soporte.	2	67
4.8.11. Deterioro de la cognición.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.9. INCONTINENCIA URINARIA TOTAL.</b>	1	0.2
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.9.1. Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales.	1	100
4.9.2. Incontinencia refractaria al tratamiento.	0	0
4.9.3. Nicturia.	0	0
4.9.4. Falta de conciencia de la incontinencia.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.9.5. Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical.	0	0
4.9.6. Contracción independiente del reflejo detrusor debido a cirugía.	0	0
4.9.7. Traumatismo o enfermedad que afecta los nervios de la médula espinal.	1	100
4.9.8. Anomalía anatómica (fistula).	0	0
4.9.9. Disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.10. RIESGO DE INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA</b>	0	0
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
4.10.1. Efecto de medicamentos, alcohol y cafeína.	0	0
4.10.2. Hiperreflexia del detrusor por:		
a) Cistitis	0	0
b) Uretritis	0	0
c) Tumores	0	0
d) Cálculo renal	0	0

e) Trastorno del sistema nervioso central por encima del centro pónico de la mición.	0	0
4.10.3. Inestabilidad del músculo detrusor con deterioro de la contractilidad.	0	0
4.10.4. Relajación esfinteriana involuntaria.	0	0
4.10.5. Hábitos de eliminación inefectivos.	0	0
4.10.6. Poca capacidad vesical.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.11. RETENCIÓN URINARIA</b>	1	0.2
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
4.11.1. Distensión vesical.	1	100
4.11.2. Micciones frecuentes de poca cantidad o ausencia de diuresis.	0	0
4.11.3. Sensación de repleción vesical.	0	0
4.11.4. Goteo.	0	0
4.11.5. Orina residual.	1	100
4.11.6. Disuria.	0	0
4.11.7. Incontinencia por rebosamiento.	0	0
4.11.8. Alta presión uretral causada por debilidad del detrusor.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.11.9. Inhibición del arco reflejo.	1	100
4.11.10. Esfínter potente.	0	0
4.11.11. Obstrucción.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.12 ALTERACION DE LA PERFUSIÓN TISULAR RENAL</b>	1	5
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
4.12.1. Alteración de la presión sanguínea por encima o por debajo de los parámetros aceptables.	1	20
4.12.2. Hematuria	2	40
4.12.3. Holiuria o anuria	1	20
4.12.4. Elevación de la proporción de BUN / creatinina.	1	20
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
4.12.5. Hipovolemia	0	0
4.12.6. Hipervolemia	0	0
4.12.7. Interrupción del flujo arterial.	1	20
4.12.8. Interrupción del flujo venoso.	3	60

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>4.13 ALTERACION DE LA PERFUSIÓN TISULAR GASTROINTESTINAL</b>		
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>	<b>167</b>	<b>33</b>
4.13.1. Sondos gastrointestinales hipoclectivos o ausentes.	0	0
4.13.2. Náuseas.	3	2
4.13.3. Distensión abdominal.	142	85
4.13.4. Dolor o sensibilidad abdominal.	166	99
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>	<b>5</b>	<b>3</b>
4.13.5. Envenenamiento enzimático.		
4.13.6. Hipovolemia	1	1
4.13.7. Hipervolemia	0	0
4.13.8. Interrupción del flujo arterial.	0	0
4.13.9. Interrupción del flujo venoso.	0	0

## 5. ACTIVIDAD Y REPOSO.

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.1. INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b>	<b>15</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.1.1. Informes verbales de fatiga o debilidad.	12	80
5.1.2. Frecuencia cardíaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad.	0	0
5.1.3. Malestar o disnea de esfuerzo	8	53
5.1.4. Cambios electrocardiográficos indicadores de arritmias o isquemia.	2	13
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
5.1.5. Reposo en cama o inmovilidad.	7	47
5.1.6. Debilidad generalizada.	8	53
5.1.7. Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.	2	13
5.1.8. Estilo de vida sedentario.	3	20

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.2. FATIGA</b>	<b>41</b>	<b>8</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.2.1. Incapacidad para restaurar la energía incluso después del sueño.	4	10
5.2.2. Falta de energía o incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.	28	68
5.2.3. Aumento de los requerimientos de descanso.	6	15
5.2.4. Cansancio.	24	58
5.2.5. Incapacidad para mantener las actividades habituales.	3	7

5.2.6. Verbalización de una falta de energía abrumadora y que no desaparece.	19	46
5.2.7. Letargo o fatiga.	16	39
5.2.8. Percepción de necesitar energía adicional para realizar las tareas habituales.	2	5
5.2.9. Aumento de las quejas físicas.	12	29
5.2.10. Compromiso de la concentración.	2	5
5.2.11. Desinterés por el entorno, introspección.	2	5
5.2.12. Disminución en la ejecución de las tareas.	0	0
5.2.13. Compromiso de la libido.	2	5
5.2.14. Somnolencia.	24	56
5.2.15. Sentimiento de la culpa por no asumir las responsabilidades de manera adecuada.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
<b>PSICOLOGICOS</b>		
5.2.16. Estilo de vida aburrido.	3	7
5.2.17. Estrés.	4	10
5.2.18. Ansiedad.	1	2
5.2.19. Depresión.	3	7
<b>AMBIENTALES</b>		
5.2.20. Humedad.	0	0
5.2.21. Luces.	1	2
5.2.22. Ruido.	0	0
5.2.23. Temperatura.	0	0
<b>SITUACIONALES</b>		
5.2.24. Acontecimientos vitales negativos.	12	29
5.2.25. Ocupación	24	1
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
5.2.26. Deprivación de Sueño.	6	15
5.2.27. Malestar físico.	5	12
5.2.28. Desnutrición.	1	2
5.2.29. Embarazo.	0	0
5.2.30. Estados de enfermedad.	7	17
5.2.31. Anemia.	3	7

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>5.3. RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD</b>	<b>51</b>	<b>10</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
5.3.1. Mala forma física.	1	2
5.3.2. Inexperiencia en la actividad.	0	0
5.3.3. Presencia de problemas respiratorios o circulatorios.	5	10
5.3.4. Historia de intolerancia previa.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>5.4. DETERIORO DEL PATRON DE SUENO</b>	<b>134</b>	<b>26</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.4.1. Desvelo prolongado.	77	57
5.4.2. Insomnio mantenido.	52	39
5.4.3. Deterioro autoinducido del patrón normal.	1	1
5.4.4. Tardar más de 30 minutos para conciliar el sueño.	16	12
5.4.5. Insomnio matinal.	1	1
5.4.6. Despertar antes o después de lo deseado.	9	7
5.4.7. Quejas verbales de dificultad para conciliar el sueño.	22	16
5.4.8. Quejas verbales de no sentirse bien descansado.	33	25
5.4.9. Insatisfacción con el sueño.	48	36
5.4.10. Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad.	2	1
5.4.11. Despertarse tres o más veces por la noche.	33	25
5.4.12. Disminución de la capacidad para funcionar.	15	4
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>PSICOLOGICOS</b>		
5.4.13. Pensamientos repetitivos en sueño	15	4
5.4.14. Patrón de actividad diurna.	7	5
5.4.15. Pensar en el hogar.	77	57
5.4.16. Temperatura corporal.	2	3
5.4.17. Temperamento.	2	1
5.4.18. Dieta.	4	3
5.4.19. Higiene del sueño inadecuada.	18	13
5.4.20. Uso sostenido de agentes para no dormir.	1	1
5.4.21. Asincronía circadiana.	0	0
5.4.22. Cambios frecuentes de horario sueño vigilia.	3	2
5.4.23. Exposición a la luz diurna u oscuridad.	0	0
5.4.24. Duelo.	6	4
5.4.25. Anticipación	4	3
5.4.26. Preocupación por intentar dormir.	3	2
5.4.27. Temor	9	7
5.4.28. Separación de las personas significativas.	3	2
5.4.29. Horario social inadecuado para el cronotipo.	3	2
5.4.30. Ansiedad, desvelo condicionado desadaptado.	24	18
5.4.31. Aburrimiento.	1	1
5.4.32. Inicio en la infancia.	0	0
5.4.33. Depresión.	34	25
5.4.34. Soledad.	8	6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

5.4.35. Viajes frecuentes a través de zonas horarias.	0	0
5.4.36. Cambio de trabajo.	3	2
5.4.37. Síndrome de fase del sueño avanzada o retrasada.	0	0
5.4.38. Pérdida del (la) compañero (a) de sueño.	5	4
5.4.39. Cambio vital.	4	3
5.4.40. Cambios periódicos de los niveles de hormonas sexuales.	0	0
5.4.41. Agentes bioquímicos.	0	0
5.4.42. Cambios de sueño relacionados con la edad.	10	7
5.4.43. Medicamentos.	0	0
5.4.44. Miedo al insomnio.	2	1
<b>AMBIENTALES</b>		
5.4.45. Ruido.	0	0
5.4.46. Falta de familiaridad con los muebles de la habitación.	0	0
5.4.47. Temperatura del ambiente, humedad.	0	0
5.4.48. Iluminación.	1	1
5.4.49. Estimulación excesiva.	9	7
5.4.50. Sujeciones físicas.	0	0
5.4.51. Falta de intimidad o control para el sueño.	0	0
5.4.52. Olores.	0	0
5.4.53. Desvelo generado por otros.	3	2
5.4.54. Compañero de sueño.	0	0
5.4.55. Interrupción para procedimientos terapéuticos.	4	3
<b>PARENTALES</b>		
5.4.56. Patrón de sueño – vigilia de la madre.	3	2
5.4.57. Interacción del progenitor con el niño	9	7
5.4.58. Apoyo emocional de la madre.	3	2
<b>FISIOLOGICOS</b>		
5.4.59. Humedad	0	0
5.4.60. Posición.	3	2
5.4.61. Urgencia urinaria.	3	2
5.4.62. Fiebre.	0	0
5.4.63. Náuseas.	0	0
5.4.64. Estasis de secreciones.	1	1
5.4.65. Falta de aliento.	1	1
5.4.66. Reflujo gastroesofágico.	1	1

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>5.5 . DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	<b>222</b>	<b>43</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.5.1. Los pasatiempos habituales no pueden realizarse satisfactoriamente.	196	88
5.5.2. Afirmaciones de la persona de que se aburre o que desea tener algo que hacer, que leer, etc.	77	35
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
5.5.3. Entorno desprovisto de actividades recreativas, como tratamientos frecuentes y largos.	39	17

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>5.6. DOLOR AGUDO</b>	<b>18</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.6.1. Informe Verbal o codificado.	10	6
5.6.2. Observación de evidencias.	2	13
5.6.3. Posición antiálgica para evitar el dolor.	1	6
5.6.4. Gestos de protección.	0	0
5.6.5. Conducta de defensas.	1	6
5.6.6. Máscara facial.	11	69
5.6.7. Trastornos de sueño.		
a) Ojos apagados	0	0
b) Mirada abatido.	0	0
c) Movimientos fijos o escasos.	0	0
d) Múscas.	0	0
5.6.8. Centrar la atención en sí mismo.	0	0
5.6.9. Estrechamiento del foco de atención.		
a) Alteración de la percepción del tiempo.	0	0
b) Deterioro de los procesos del pensamiento.	0	0
c) Reducción de la interacción con las personas y con el entorno	0	0
5.6.10. Conductas de distracción		
a) Caminar de un lado a otro.	0	0
b) Búsqueda de otras personas o actividades.	0	0
c) Actividades repetitivas.	0	0
5.6.11. Alteración del tono muscular (de laxitud a rigidez)	0	0
5.6.12. Respuestas autónomas		
a) Diaforesis	0	0
b) Cambio de la presión arterial.	0	0
c) Cambio en la respiración	0	0
d) Cambios en dilatación pupilar.	0	0
5.6.13. Conducta expresiva.		
a) Agitación.	2	13
b) Gernidos.	1	6

c) Llanto.	0	0
d) Vigilancia.	0	0
e) Irritabilidad.	1	6
f) Suspiros.	0	0
5.6.14. Cambios en el apetito y la ingesta.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>	<b>12</b>	<b>75</b>
5.6.15 Agentes lesivos		

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>5.7 DOLOR CRÓNICO.</b>	<b>102</b>	<b>20</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
5.7.1. Cambios ponderales.	3	3
5.7.2. Informes verbales o codificados u observación de evidencias de conducta de protección o defensa		
a) Máscara facial	102	100
b) Irritabilidad.	29	28
c) Centrar atención en si mismo.	1	1
d) Agitación	27	27
e) Depresión.	28	28
5.7.3. Atrofia de los grupos musculares implicados.	16	16
5.7.4. Cambios en el patrón de sueño.	31	30
5.7.5. Fatiga.	21	21
5.7.6. Temor a nuevas lesiones.	4	4
5.7.7. Reducción de la interacción con los demás	1	1
5.7.8. Alteración de la capacidad para seguir con las actividades previas.	3	3
5.7.9. Respuestas medidas por el sistema nervioso simpático.		
a) Temperatura	5	5
b) Frío	2	2
c) Cambios en la posición corporal.	33	33
d) Hipersensibilidad.	26	26
5.7.10. Anorexia.	4	4
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
5.7.11. Incapacidad física o psicosocial crónica.	102	100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 6. SOLEDAD E INTERACCION

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.1 DETERIORO DE LA INTERACCION SOCIAL.</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.1.1 Verbalización u observación de incapacidad de recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.	7	88
6.1.2 Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.	1	13
6.1.3 Observación de empleo de conductas de interacción ineficaces.	0	0
6.1.4 Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.	4	50
6.1.5 Informes familiares de cambio del estilo o patrón de interacción.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.1.6 Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad.	1	13
6.1.7 Aislamiento terapéutico.	0	0
6.1.8 Disonancia sociocultural.	0	0
6.1.9 Limitación de la movilidad.	1	13
6.1.10 Barreras ambientales.	0	0
6.1.11 Alteración de los procesos de pensamiento.	0	0
6.1.12 Ausencia de compañeros o personas significativas.	6	75
6.1.13 Trastorno del autoconcepto.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.2 AISLAMIENTO SOCIAL.</b>	<b>21</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS OBJETIVAS.</b>		
6.2.1 Falta de personas significativas de soporte		
a. Familiares	11	52
b. Amigos	6	29
c. Grupo	3	14
6.2.2 Proyección de hostilidad en la voz , en la conducta .	1	5
6.2.3 Retraimiento.	3	14
6.2.4 Mutismo.	0	0
6.2.5 Conducta inaceptable por el grupo culturalmente dominante.	0	0
6.2.6 Búsqueda de soledad o pertenencia a una subcultura.	6	29
6.2.7 Acciones repetitivas, carentes de significado.	1	5

6.2.8 Preocupación por los propios pensamientos.	1	5
6.2.9 Falta de contacto ocular.	0	0
6.2.10 Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o la etapa de desarrollo.	3	14
6.2.11 Evidencia de dificultades físicas o mentales o de alteración del bienestar.	9	43
6.2.12 Embotamiento emocional.	1	5
<b>SUBJETIVAS</b>	1	5
6.2.13 Expresión de sentimientos de soledad impuesta por otros.	1	5
6.2.14 Expresión de sentimientos de rechazo.	1	5
6.2.15 Intereses inadecuados o inmaduros para la edad o etapa de desarrollo.	1	5
6.2.16 Falta de un propósito significativo en la vida o inadecuación del existente.	4	19
6.2.17 Incapacidad para satisfacer las expectativas de los demás.	0	0
6.2.18 Expresión de valores aceptables en su subcultura pero inaceptables para el grupo culturalmente dominante.	0	0
6.2.19 Sentimientos de ser distinto a los demás.	2	10
6.2.20 Inseguridad en público.	1	5
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
6.2.21 Factores contribuyentes a la ausencia de relaciones personales satisfactorias (retraso en el logro de las tareas del desarrollo).	1	5
6.2.22 Intereses inmaduros.	0	0
6.2.23 Alteraciones del aspecto físico o del estado mental.	2	10
6.2.24 Conducta socialmente no aceptada.	2	10
6.2.25 Valores no aceptados socialmente.	1	5
6.2.26 Alteración del bienestar.	11	52
6.2.27 Recursos personales inadecuados.	2	10
6.2.28 Incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias.	6	29

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>6.3 RIESGO A LA SOLEDAD.</b>	19	4
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>		
6.3.1 Deprivación afectiva.	3	16
6.3.2 Aislamiento físico.	4	21
6.3.3 Falta de contacto con personas o cosas percibidas como importantes o significativas.	9	47
6.3.4 Aislamiento social.	14	74

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.4 DESEMPEÑO INEFFECTIVO DEL ROL.</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS.</b>		
6.4.1 Cambio en la auto percepción del rol.	1	13
6.4.2 Negación del rol.	0	0
6.4.3 Adaptación inadecuada al cambio o transición.	3	38
6.4.4 Conflicto con el sistema.	2	25
6.4.5 Cambio en los patrones usuales de responsabilidad.	2	25
6.4.6 Discriminación.	0	0
6.4.7 Violencia doméstica.	1	13
6.4.8 Hostigamiento.	0	0
6.4.9 Incertidumbre.	0	0
6.4.10 Alteración de las percepciones del rol.	1	13
6.4.11 Tensión en el desempeño del rol.	2	25
6.4.12 Autogobierno inadecuado.	0	0
6.4.13 Ambivalencia en el rol.	0	0
6.4.14 Pesimismo.	1	13
6.4.15 Motivación inadecuada.	3	38
6.4.16 Falta de confianza.	0	0
6.4.17 Inadecuación de las competencias y habilidades para el desempeño del rol.	1	13
6.4.18 Conocimientos inadecuados.	0	0
6.4.19 Expectativas del desarrollo inapropiadas.	0	0
6.4.20 Conflicto de roles.	0	0
6.4.21 Confusión de rol.	0	0
6.4.22 Impotencia.	0	0
6.4.23 Afrontamiento inadecuado.	0	0
6.4.24 Ansiedad o depresión.	3	38
6.4.25 Sobrecarga en el desempeño del rol.	0	0
6.4.26 Cambio en las percepciones que los demás tienen del rol.	0	0
6.4.27 Cambio en la capacidad para reanudar el desempeño del rol.	1	13
6.4.28 Insatisfacción con el rol.	1	13
6.4.29 Apoyo externo inadecuado para el desempeño del rol.	1	13
6.4.30 Falta de oportunidades para el desempeño del rol.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
<b>FACTORES SOCIALES</b>		
6.4.31 Vinculación inadecuada o inapropiada con el sistema de cuidados de la salud.	0	0
6.4.32 Nivel de desarrollo.	0	0
6.4.33 Falta de recompensas.	0	0
6.4.34 Conflicto familiar.	3	38
6.4.35 Sistema de apoyo inadecuado.	0	0
6.4.36 Socialización inadecuada del rol		
a) modelo del rol	0	0
b) expectativas.	0	0
c) Responsabilidades	1	13
6.4.37 Estrés y conflictos.	1	13

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

6.4.38 Violencia doméstica.	0	0
6.4.39 Demandas del horario laboral.	0	0
6.4.40 Juventud.	2	25
6.4.41 Bajo nivel socioeconómico.	1	13
6.4.42 Falta de recursos.	0	0
<b>CONOCIMIENTOS</b>		
6.4.43 Preparación inadecuada para el rol.	0	0
6.4.44 Falta de conocimientos sobre el rol.	0	0
6.4.45 Transición del rol.	2	25
6.4.46 Falta de oportunidades para el ensayo del rol.	0	0
6.4.47 Transiciones del desarrollo.	0	0
6.4.48 Expectativas irreales sobre el rol.	0	0
6.4.49 Nivel de educación.	1	13
6.4.50 Falta o inadecuación de modelo del rol.	0	0
6.4.51 Falta de conocimiento sobre las habilidades para el desempeño del rol.	1	13
<b>FACTORES FISIOLÓGICOS</b>		
6.4.52 Abuso de sustancias.	0	0
6.4.53 Alteración de la imagen corporal.	1	13
6.4.54 Déficit cognitivos.	0	0
6.4.55 Alteración de la salud.	3	38
6.4.56 Depresión.	2	25
6.4.57 Baja autoestima.	2	25
6.4.58 Dolor.	1	13
6.4.59 Fatiga.	2	25
6.4.60 Enfermedad mental.	1	13
6.4.61 Enfermedad física.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>6.5 DISFUNCIÓN SEXUAL.</b>	<b>18</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.5.1 Verbalización del problema.	15	83
6.5.2 Percepción de alteraciones en el logro del rol sexual.	0	0
6.5.3 Conflicto de valores.	1	6
6.5.4 Alteración en el logro de satisfacción sexual.	6	33
6.5.5 Incapacidad para lograr el nivel deseado de satisfacción.	1	6
6.5.6 Búsqueda continua de confirmación de ser sexualmente deseable.	0	0
6.5.7 Alteración en la relación con la pareja.	1	6
6.5.8 Cambio del interés por sí mismo o por los demás.	2	11
6.5.9 Limitaciones reales o percibidas impuestas por la enfermedad o la terapia.	13	72

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
<b>6.5.10. Conceptos erróneos o falta de conocimientos.</b>	3	17
<b>6.5.11 Vulnerabilidad.</b>	1	6
<b>6.5.12 Conflicto de valores.</b>	0	0
<b>6.5.13 Inefectividad o ausencia de modelos del rol.</b>	0	0
<b>6.5.14 Falta de intimidad.</b>	2	11
<b>6.5.15 Alteración de la estructura o función corporales</b>		
a. Embarazo.	1	6
b. Parto reciente.	0	0
c. Fármacos.	0	0
d. Cirugía.	0	0
e. Anomalías.	0	0
f. Procesos patológicos.	7	39
g. Traumatismos.	3	17
h. Radiación.	0	0
<b>6.5.16 Falta de una persona significativa.</b>	5	28
<b>6.5.17 Abuso físico.</b>	0	0
<b>6.5.18 Abuso psicosocial ( relaciones lesivas).</b>	0	0
<b>6.5.19 Alteraciones biopsicosociales de la sexualidad.</b>	9	50

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>6.6. INTERRUPCION DE LOS PROCESOS FAMILIARES</b>	23	5
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
<i>Cambios en:</i>		
<b>6.6.1. Las alianzas de poder.</b>	7	30
<b>6.6.2 Las tareas asignadas.</b>	1	4
<b>6.6.3 La efectividad en la realización de las tareas asignadas.</b>	1	4
<b>6.6.4 El soporte mutuo.</b>	0	0
<b>6.6.5 La disponibilidad para las respuestas afectivas y la intimidad.</b>	1	4
<b>6.6.6 Los patrones y rituales.</b>	0	0
<b>6.6.7 La participación en la solución de problemas.</b>	2	9
<b>6.6.8 La participación en la toma de decisiones.</b>	1	4
<b>6.6.9 Los patrones de comunicación.</b>	7	30
<b>6.6.10 La disponibilidad para el apoyo emocional.</b>	1	4
<b>6.6.11 La satisfacción con la familia.</b>	12	52
<b>6.6.12 La conducta de reducción del estrés.</b>	0	0
<b>6.6.13 Las expresiones de conflicto con los recursos comunitarios o aislamiento de éstos.</b>	0	0

6.6.14 En las quejas somáticas.	0	0
6.6.15 En la expresión de conflictos dentro de la familia.	12	52
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.6.16 Cambio de poder de los miembros de la familia.	6	26
6.6.17 Cambio de los roles familiares.	14	61
6.6.18 Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia.	1	4
6.6.19 Situaciones de transición o crisis.	16	70
6.6.20 Interacción formal o informal con la comunidad.	1	4

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>6.7 PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS</b>	<b>60</b>	<b>12</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
6.7.1 Manifestación de dificultad, limitaciones o cambios en los comportamientos o actividades sexuales.	58	97
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.7.2 Falta de una persona significativa.	22	37
6.7.3 Falta de modelos del rol o ineficacia de los existentes.	2	3
6.7.4 Conflicto con la orientación sexual o variación de las preferencias.	1	2
6.7.5 Miedo al embarazo o a las enfermedades de transmisión sexual.	1	2
6.7.6 Deterioro de las relaciones con la persona significativa.	16	27
6.7.7 Déficit de conocimientos o habilidades sobre respuestas alternativas a transiciones relacionadas con la salud, alteración de la estructura o función corporales, enfermedad o tratamiento médico.	26	43
6.7.8 Falta de intimidad.	8	13

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.3. PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES ALCOHOLISMO.</b>	<b>10</b>	<b>0.2</b>
<b>CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
<b>ROLES Y RELACIONES</b>		
6.8.1. Deterioro de las relaciones familiares/ trastorno de las dinámicas familiares.	6	60
6.8.2. Comunicación inefectiva con el cónyuge o problemas matrimoniales.	4	40
6.8.3. Alteración en la función del rol o de los roles familiares.	0	0
6.8.4. Desempeño parental inconsistente o percepción de poco soporte parental.	0	0
6.8.5. Negación familiar.	1	10
6.8.6. Disfunción de la intimidad.	1	10
6.8.7. Problemas familiares crónicos.	6	60
6.8.8. Sistemas de comunicación cerrados.	0	0
6.8.9. Relaciones familiares triangulares.	1	10
6.8.10. Reducción de la capacidad de los miembros de la familia de relacionarse entre sí para el mutuo crecimiento y maduración.	0	0
6.8.11. Falta de las habilidades necesarias para las relaciones.	0	0
6.8.12. Falta de cohesión.	0	0
6.8.13. Alteración de los rituales familiares.	0	0
6.8.14. Familia incapaz de satisfacer las necesidades de seguridad de sus miembros.	0	0
6.8.15. Familia que no respeta la individualidad y autonomía de sus miembros.	0	0
6.8.16. Patrón de rechazo.	0	0
6.8.17. Negligencia en las obligaciones.	2	20
6.8.18. Problemas económicos.	3	30
<b>CONDUCTUALES</b>		
6.8.19. Negativa a recibir ayuda o incapacidad para aceptarla y recibirla adecuadamente.	3	30
6.8.20. Compresión o conocimiento inadecuado del alcoholismo.	0	0
6.8.21. Habilidades inefectivas para la solución de problemas.	0	0
6.8.22. Pérdida de control de la ingesta alcohólica.	4	40
6.8.23. Manipulación.	0	0
6.8.24. Racionalización o negativa de los problemas.	1	10
6.8.25. Culpabilización.	0	0
6.8.26. Incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales de los miembros de la familia.	0	0
6.8.27. Abuso del alcohol.	7	70
6.8.28. No mantenimiento de las promesas.	0	0
6.8.29. Crítica.	0	0
6.8.30. Dependencia.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6.8.31 Deterioro de la comunicación.	1	10
6.8.32 Dificultad en las relaciones íntimas.	0	0
6.8.33 Permitir la persistencia en el consumo del alcohol.	0	0
6.8.34 Expresiones inapropiadas de cólera.	0	0
6.8.35 Aislamiento.	2	20
6.8.36 Incapacidad para satisfacer las necesidades espirituales de los miembros de la familia.	0	0
6.8.37 Incapacidad para expresar o aceptar una amplia gama de sentimientos.	1	10
6.8.38 Incapacidad para afrontar constructivamente las experiencias traumáticas.	0	0
6.8.39 Incapacidad para adaptarse al cambio.	0	0
6.8.40 Juicio confuso sobre sí mismo.	0	0
6.8.41 Inmadurez.	0	0
6.8.42 Mentiras.	0	0
6.8.43 Falta de abordamiento del conflicto.	0	0
6.8.44 Falta de fiabilidad.	0	0
6.8.45 Adicción nicotínica.	1	10
6.8.46 Orientación hacia el alivio de la tensión más que hacia el logro de objetivos.	0	0
6.8.47 Búsqueda de aprobación y afirmación.	0	0
6.8.48 Dificultad para divertirse.	0	0
6.8.49 Agitación.	2	20
6.8.50 Caos.	1	10
6.8.51 Comunicación contradictoria, paradójica.	1	10
6.8.52 Disminución del contacto físico.	0	0
6.8.53 Trastorno en el desempeño académico de los niños.	0	0
6.8.54 Alteraciones de la concentración.	1	10
6.8.55 Conflictos crecientes.	0	0
6.8.56 Fallo en el logro de las tareas del desarrollo actuales o anteriores o dificultad en las transiciones de los ciclos vitales.	1	10
6.8.57 Las ocasiones especiales de la familia están centradas en el alcohol.	1	10
6.8.58 Autoculpabilización.	0	0
6.8.59 Luchas por el control de la comunicación o del poder.	0	0
6.8.60 Enfermedades físicas relacionadas con el Estrés.	1	10
6.8.61 Abuso de sustancias distintas al alcohol.	1	10
6.8.62 Duelo no resuelto.	0	0
6.8.63 Abuso verbal del cónyuge o de un familiar.	0	0
6.8.64 Inseguridad.	1	10
6.8.65 Resentimiento prolongado.	1	10
6.8.66 Disminución de la autoestima, sensación de inutilidad.	3	30
6.8.67 Cólera o ira reprimida.	0	0
6.8.68 Frustración.	1	10
6.8.69 Impotencia.	1	10

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6.8.70 Ansiedad.	2	20
6.8.71 Tensión	1	10
6.8.72 Diestrés.	1	10
6.8.73 Emociones reprimidas.	0	0
6.8.74 Responsabilidad por la conducta del alcohólico.	5	50
6.8.75 Vergüenza, azoramiento.	0	0
6.8.76 Sufrimiento.	3	30
6.8.77 Infelicidad.	2	20
6.8.78 Culpa.	1	10
6.8.79 Aislamiento emocional, soledad.	0	0
6.8.80 Vulnerabilidad.	0	0
6.8.81 Desconfianza.	0	0
6.8.82 Desesperanza.	1	10
6.8.83 Rechazo.	0	0
6.8.84 Sentirse distinto a las demás personas.	0	0
6.8.85 Depresión.	1	10
6.8.86 Hostilidad.	0	0
6.8.87 Temor.	1	10
6.8.88 Control emocional por los demás.	0	0
6.8.89 Confusión.	0	0
6.8.90 Insatisfacción.	0	0
6.8.91 Sentimientos de pérdida.	0	0
6.8.92 Mala comprensión.	0	0
6.8.93 Abandono.	1	10
6.8.94 Mezclas de cariño y lástima.	0	0
6.8.95 Mal humor.	0	0
6.8.96 Fracaso.	1	10
6.8.97 No sentirse amado.	1	10
6.8.98 Falta de identidad.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.8.99 Abuso del alcohol.	7	70
6.8.100 Predisposición genética.	0	0
6.8.101 Falta de habilidades para la solución de problemas.	0	0
6.8.102 Habilidades de afrontamiento inadecuadas.	0	0
6.8.103 Historia familiar de alcoholismo, resistencia al tratamiento.	1	10
6.8.104 Personalidad adictiva.	2	2
6.8.105 Influencias bioquímicas.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>6.9. DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
6.9.1 Negativa voluntaria a hablar.	0	0
6.9.2 Desorientación en las tres esferas: el tiempo, el espacio, las personas.	0	0
6.9.3 Incapacidad para hablar el lenguaje dominante.	0	0
6.9.4 No hablar el lenguaje dominante.	0	0
6.9.5 No hablar o no poder hablar.	0	0
6.9.6 Hablar o verbalizar con dificultad.	2	50
6.9.7 Hablar de forma inapropiada.	0	0
6.9.8 Dificultad para formar palabras o frases:		
a. Afonía	1	25
b. Dislalia	0	0
c. Disartria.	0	0
6.9.9. Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente:		
a. Afasia	0	0
b. Disfasia.	1	25
c. Apraxia.	0	0
d. Dislalia.	0	0
e. Dislexia.	0	0
6.9.10 Tartamudeo.	0	0
6.9.11. Pronunciación poco clara.	0	0
6.9.12. Dismas.	0	0
6.9.13 Falta de contacto ocular o dificultad para prestar atención selectivamente.	0	0
6.9.14 Dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual.	0	0
6.9.15 Déficit visual total o parcial.	0	0
6.9.16. Dificultad o incapacidad para usar las expresiones faciales o corporales.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
6.9.17 Disminución de la circulación cerebral.	1	25
6.9.18 Diferencias culturales.	0	0
6.9.19 Barreras psicológicas:		
a. falta de estímulos	0	0
b. Psicosis.	0	0
6.9.20. Barreras físicas:		
a. Traqueostomía	0	0
b. Intubación.	0	0
6.9.21 Defectos anatómicos:		
a. Paladar hendido.	2	50
b. Alteración del sistema visual neuromuscular.	1	25
d. Alteración del sistema auditivo.	0	0
c. Alteración de la fonación.	0	0
6.9.22 Tumor cerebral.	0	0
6.9.23 Diferencias relacionadas con la edad de desarrollo.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

6.9.24 Efectos secundarios de la medicación.	0	0
6.9.25 Barreras ambientales.	0	0
6.9.26 Falta de personas significativas.	0	0
6.9.27 Alteración de las percepciones.	0	0
6.9.28 Falta de información.	0	0
6.9.29 Estrés.	0	0
6.9.30 Alteración de la autoestima o del auto concepto.	0	0
6.9.31 Condiciones fisiológicas.	0	0
6.9.32 Alteración del sistema nervioso central.	0	0
6.9.33 Debilitamiento del sistema músculo esquelético.	0	0
6.9.34 Condiciones emocionales.	1	25

### 7. PREVENCIÓN DE PELIGROS.

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.1 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS.</b>	<b>22</b>	<b>4</b>
<b>B) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.1.1. Lenguaje corporal:		
a. Postura rígida	2	9
b. Puños y mandíbulas contraídos	0	0
c. Hiperactividad	0	0
d. Caminar de un lado a otro	0	0
e. Falta de aliento	0	0
f. Posturas amenazadoras.	2	9
7.1.2. Historia de violencia contra otros:		
a. Golpear.	8	36
b. Dar patadas.	1	4
c. Escupir.	0	0
d. Arañar.	1	4
e. Lanzar objetos.	1	4
f. Morder.	1	4
g. Intenta violar.	1	4
h. Violar.	0	0
i. Molestar sexualmente.	0	0
j. Orinar / defecar sobre otra persona.	0	0
7.1.3 Historia de amenazas de violencia:		
a. Amenazas verbales contra la propiedad.	1	4
b. Las personas.	0	0
c. Amenazas sociales.	1	4
d. Maldiciones	0	0
e. Notas / cartas o gestos amenazadores.	0	0
f. Amenazas sexuales.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.1.4 Historia de conducta antisocial violenta:		
a. Robar.	0	0
b. Tomar prestadas cosas de forma persistente.	0	0
c. Demandas continuas de privilegios.	0	0
d. Interrupción constante de las reuniones.	0	0
e. Negativa a comer.	0	0
f. Negativa a tomar la medicación.	0	0
g. Desatender las instrucciones.	0	0
7.1.5. Historia de violencia indirecta:		
a. Romper las ropas.	0	0
b. Destrozar los objetos que hay en las paredes.	0	0
c. Pintar las paredes.	0	0
d. Orinar en el suelo.	0	0
e. Defecar en el suelo.	0	0
f. Dar patadas.	0	0
g. Coger rabietas.	0	0
h. Correr por los pasillos.	0	0
i. Gritar.	7	32
j. Lanzar objetos.	0	0
k. Romper ventanas.	0	0
l. Golpear las puertas.	0	0
m. Insinuaciones sexuales.	0	0
7.1.6 Deterioro cognitivo:		
a. Trastornos del aprendizaje.	0	0
b. Déficit de atención.	0	0
c. Disminución del funcionamiento intelectual.	0	0
7.1.7 Historia de abusos infantiles.	0	0
7.1.8 Historia de presencia de violencia familiar durante la infancia.	0	0
7.1.9 Crueldad con los animales.	0	0
7.1.10 Iniciar fuegos.	0	0
7.1.11 Complicaciones o anomalías prenatales y perinatales.	0	0
7.1.12 Historia de consumo de alcohol y drogas ilegales.	0	0
7.1.13 Intoxicación patológica.	0	0
7.1.14 Sintomatología psicótica :		
a) Auditiva	0	0
b) Visual	0	0
c) Alucinaciones en forma de órdenes.	0	0
d) Delusiones paranoicas.	0	0
e) Procesos de pensamiento vagos, erráticos, ilógicos.	0	0
7.1.15 Problemas con vehículos de motor :		
a) Frecuentes infracciones de tráfico.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

b) Uso de vehículos de motor para liberar la cólera.	0	0
7.1.16 Conducta suicida.	0	0
7.1.17 Impulsividad.	2	9
7.1.18 Disponibilidad o posesión de armas de fuego.	2	9

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.2 RIESGO DE AUTO MUTILACIÓN.</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>(C) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.2.1 Estado psicótico ( alucinación de órdenes).	2	40
7.2.2 Incapacidad para expresar verbalmente la tensión.	1	20
7.2.3 Abusos sexuales en la infancia.	0	0
7.2.4 Violencia entre las figuras parentales.	0	0
7.2.5 Divorcio entre las figuras parentales.	0	0
7.2.6 Divorcio de los padres.	1	20
7.2.7 Alcoholismo familiar.	1	20
7.2.8 Historia familiar de conductas autodestructivas.	1	20
7.2.9 Adolescencia.	1	20
7.2.10 Automutilación de sus iguales.	0	0
7.2.11 Aislamiento de sus iguales.	1	20
7.2.12 Perfeccionismo.	0	0
7.2.13 Abuso de sustancias.	0	0
7.2.14 Trastornos alimentarios.	0	0
7.2.15 Crisis de identidad sexual.	0	0
7.2.16 Autoestima baja o inestable.	1	20
7.2.17 Conducta lábil ( oscilaciones de humor).	0	0
7.2.18 Historia de incapacidad para encontrar soluciones o ver las consecuencias a largo plazo.	1	20
7.2.19 Uso de manipulación para establecer relaciones significativas con otros.	0	0
7.2.20 Relaciones interpersonales caóticas o alteradas.	1	20
7.2.21 Trastornos emocionales, niño maltratado.	1	20
7.2.22 Sentimientos de armonía ante la pérdida real o potencial de relaciones significativas :		
a. Pérdida de un progenitor.	0	0
b. De las relaciones parentales.	1	20
7.2.23 Experiencias de disociación o desesperación.	0	0
7.2.24 Acumuló de tensión que resulta intolerable.	0	0
7.2.25 Impulsividad.	0	0
7.2.26 Afrontamiento inadecuado.	0	0
7.2.27 Impulso irresistible de cortarse o		

autolesionarse.	0	0
7.2.28 Necesidad de una rápida reducción del estrés.	0	0
7.2.29 Enfermedad o cirugía en la infancia.	0	0
7.2.30 Cuidado por una figura parental adoptiva, un grupo o una institución.	0	0
7.2.31 Encarcelamiento.	0	0
7.2.32 Trastornos del carácter.	0	0
7.2.33 Trastornos del carácter.	0	0
7.2.34 Trastornos del desarrollo o autismo.	0	0
7.2.35 Historia de conductas autolesivas.	0	0
7.2.36 Sentimientos de depresión, rechazo, odio hacia sí mismo, ansiedad por la separación, culpa, despersonalización.	0	0
7.2.37 Mala comunicación entre los padres y el adolescente.	0	0
7.2.38 Falta de confianza familiar.	1	20

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.3 RIESGO DE VIOLENCIA AUTO DIRIGIDA.</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
7.3.1 Ideación suicida frecuente, intensa y prolongada.	1	33
7.3.2 Plan suicida:		
a. Claro y específico	0	0
b. Letalidad	0	0
c. método y disponibilidad de medios destructivos.	0	0
7.3.3 Claves verbales:		
a. Hablar sobre la muerte.	1	33
b. Expresiones del tipo " todo iría mejor sin mí".	0	0
c. Preguntas sobre las dosis mortales de los fármacos.	0	0
7.3.4 Claves conductuales:		
a. Escribir sobre amores desesperados.	0	0
b. Dirigir mensajes coléricos a personas significativas que le han rechazado.	0	0
c. Separarse de objetos personales, rescindir una póliza de seguro de vida.	0	0
7.3.5 Edad entre 15-19.	0	0
7.3.6 Más de 45 años.	0	0
7.3.7 Estado civil:		
a. Soltería.	0	0
b. Viudez.	0	0
c. Divorcio.	1	33

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.3.8 Empleo :		
a. Desempleo.	0	0
b. Reciente pérdida.	0	0
c. Fracaso laboral.	1	33
7.3.9 Ocupación:		
a. Ejecutivo.	0	0
b. Administrador de su propio negocio.	0	0
c. Profesional.	1	33
d. Trabajador semicalificado.	0	0
7.3.10 Relaciones interpersonales conflictivas.	0	0
7.3.11 Antecedentes familiares:		
a. Caóticos o conflictivos	0	0
b. historia de suicidio.	0	0
7.3.12 Orientación sexual:		
a. Bisexual.	0	0
b. Homosexual.	0	0
c. Inactivo.	0	0
7.3.13 Salud física:		
a. Hipocondría.	0	0
b. Enfermedad crónica o terminal.	0	0
7.3.14 Salud mental:		
a. Depresión severa.	1	33
b. Psicosis.	0	0
c. Trastorno severo de la personalidad.	0	0
d. Consumo de drogas legales o ilegales.	2	66
7.3.15 Estado emocional:		
a. Desesperanza.	0	0
b. Desesperación.	0	0
c. Ansiedad creciente.	0	0
d. Pánico.	0	0
e. Cólera.	0	0
f. Hostilidad.	0	0
7.3.16 Historia de intentos múltiples de auto lesión.	0	0
7.3.17 Recursos personales		
a) Logros escasos	0	0
b) Mala introspección,	0	0
c) Afectos escasos y mal controlados.	0	0
7.3.18 Recursos sociales		
a) Escasos	0	0
b) Aislamiento social	0	0
c) falta de respuesta familiar.	1	33
7.3.19 Personas que realizan actos sexuales auto eróticos.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.4 SINDROME POSTRAUMÁTICO</b>	<b>78</b>	<b>18</b>
<b>A) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.4.1 Evitación.	8	11
7.4.2 Represión.	1	1
7.4.3 Dificultad para concentrarse.	5	7
7.4.4 Duelo.	34	45
7.4.5 Pensamientos intrusivos.	0	0
7.4.6 Irritabilidad neurosensorial.	0	0
7.4.7 Palpitaciones.	0	0
7.4.8 Eneuresis en niños	0	0
7.4.9 Cólera o rabia	9	12
7.4.10 Sueños intrusivos.	1	1
7.4.11 Pesadillas	3	4
7.4.12 Agresión.	2	3
7.4.13 Hipervigilancia.	0	0
7.4.14 Horror.	0	0
7.4.15 Ataques de pánico.	1	1
7.4.16 Alienación.	0	0
7.4.17 Abuso de sustancias.	1	1
7.4.18 Depresión.	52	69
7.4.19 Amnesia psicógena.	0	0
7.4.20 Respuesta de alarma exagerada.	1	1
7.4.21 Desesperanza.	3	4
7.4.22 Alteración del estado de humor.	3	4
7.4.23 Vergüenza	0	0
7.4.24 Negación.	6	8
7.4.25 Ansiedad.	15	20
7.4.26 Culpa.	2	3
7.4.27 Temor.	7	9
7.4.28 Intubilidad gástrica.	7	9
7.4.29 Desprendimiento.	3	4
7.4.30 Irritabilidad	0	0
7.4.31 Entumecimiento emocional.	1	1
7.4.32 Conducta compulsiva.	1	1
7.4.33 "Flashbacks".	11	15
7.4.34 Cefaleas.	1	1
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.4.35. Acontecimientos fuera de la gama con experiencias humanas habituales.	39	52
7.4.36. Abuso físico y psicológico.	2	3
7.4.37. Acontecimiento trágico que implicó múltiples muertes.	23	31
7.4.38. Destrucción súbita de la casa o la comunidad de la persona.	2	3
7.4.39. Epidemias.	0	0
7.4.40. Haber sido prisionero de guerra o víctima de intimidación criminal tortura.	1	1
7.4.41. Guerras.	0	0
7.4.42. Violación.	0	0
7.4.43. Desastres naturales o provocados por el hombre.	0	0

7.4.44	Accidentes graves.	0	0
7.4.45	Haber presenciado mutilaciones, muertes violentas u otros horrores.	0	0
7.4.46	Amenaza o lesión grave a uno mismo o a personas queridas.	0	0
7.4.47	Accidente con vehículos industriales o de motor.	0	0
7.4.48	Combate militar.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.5.RIESGO DE INTOXICACION.</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO EXTERNOS</b>		
7.5.1 Grandes cantidades de medicamentos en el hogar.	1	17
7.5.2 Almacenaje de medicamentos en armarios sin llave, accesibles a los niños o personas confusas.	0	0
7.5.3 Productos peligrosos almacenados o colocados al alcance de los niños o personas confusas.	0	0
7.5.4 Contacto sin protección con metales pesados o productos químicos.	0	0
7.5.5 Manejo de pintura, barniz, etc. en zonas mal ventiladas o sin protección efectiva.	0	0
7.5.6 Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos.	1	17
7.5.7 Desprendimiento o descamación de la pintura o enlucido de paredes en zonas donde hay niños pequeños.	0	0
7.5.8 Contaminación química de los alimentos y del agua.	0	0
7.5.9 Presencia de vegetación venenosa.	0	0
7.5.10 Presencia de contaminantes atmosféricos.	0	0
<b>INTERNOS</b>		
7.5.11 Reducción de la visión.	0	0
7.5.12 Verbalización de ambiente laboral sin las debidas precauciones de seguridad.	0	0
7.5.13 Insuficiencia de recursos económicos.	0	0
7.5.14 Falta de seguridad o de educación farmacológica.	2	33
7.5.15 Falta de las precauciones adecuadas.	0	0
7.5.16 Dificultades cognitivas o emocionales.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7. RIESGO DE LESIÓN.</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>B) FACTORES DE RIESGO EXTERNOS</b>		
<b>7.6.1. Químicos</b>		
a. Contaminantes ambientales.	1	20
b. Tóxicos.	0	0
c. Fármacos.	0	0
d. Drogas.	0	0
e. Alcohol.	1	20
f. Cafeína.	0	0
g. Nicotina.	0	0
h. Cosméticos.	0	0
i. Conservantes	0	0
<b>7.6.2 Nutrientes:</b>		
a. Vitaminas.	0	0
b. Tipos de alimentos.	0	0
<b>7.6.3 Población y proveedores:</b>		
a. Factores cognitivos, afectivos, y psicomotores.	1	20
b. Agentes nosocomiales.	0	0
c. Patrones de dotación de personal.	0	0
<b>7.6.4 Biológicos:</b>		
a. Nivel de inmunización de la comunidad.	0	0
b. Microorganismos.	0	0
<b>7.6.5. Físicos:</b>		
a. Diseño , estructura y disposición de la comunidad.	1	20
b. Edificios o equipo.	0	0
<b>7.6.6 Sistema de transporte de las personas y de las mercancías.</b>	0	0
<b>INTERNOS</b>		
<b>7.6.7 Desnutrición.</b>	1	20
<b>7.6.8 Psicológicos ( desorientación afectiva).</b>	0	0
<b>7.6.9 Perfil sanguíneo anormal:</b>		
a. Leucocitosis/ leucopenia.	0	0
b. Alteración de los factores de coagulación.	0	0
c. Trombocitopenia.	0	0
d. Células falciformes.	0	0
e. Talasemia.	0	0
f. Disminución de la hemoglobina.	0	0
<b>7.6.10 Disfunción inmune / autoinmune.</b>	0	0
<b>7.6.11 Función bioquímica, reguladora (disfunción sensitiva).</b>	0	0
<b>7.6.12 Disfunción integradora.</b>	0	0
<b>7.6.13 Disfunción afectora.</b>	0	0
<b>7.6.14 Hipoxia tisular.</b>	0	0

7.6.15	Etapa de desarrollo ( fisiológica, psicológica).	0	0
7.6.16	Físicos:		
a.	solución de continuidad de la piel.	0	0
b.	Alteración de la movilidad.	1	20

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.7.RIESGO DE TRAUMATISMO</b>	<b>18</b>	<b>4</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO EXTERNOS</b>		
7.7.1	Vecindario con alto índice de delincuencia e individuos vulnerables.	0
7.7.2	Asas o mangos de los recipientes sobresaliendo por el borde de la cocina.	0
7.7.3	Cuchillos guardados descubiertos.	0
7.7.4	Mecanismos de solicitud de ayuda inadecuados para personas encamadas.	0
7.7.5	Almacenaje inadecuado de combustible o productos corrosivos (cerillas, trapos manchados de aceite, lejía).	0
7.7.6	Juguets o ropa de niños altamente inflamables.	0
7.7.7	Obstrucción de los pasillos.	2
7.7.8	Camas altas.	5
7.7.9	Grandes carámbanos colgando del tejado.	0
7.7.10	No utilización o uso inadecuado de las sujeciones en los asientos.	0
7.7.11	Suelos resbaladizos ( húmedos o muy encerados).	3
7.7.12	Acumuló de nieve o hielo en las escaleras o zonas de paso.	0
7.7.13	Alfombras sin fijar al suelo.	0
7.7.14	Bañera sin asideros o sin equipo antideslizante.	4
7.7.15	Uso de escaleras o sillas inseguras.	0
7.7.16	Iluminación inadecuada en las habitaciones.	2
7.7.17	Falta de barandilla en la escalera o poca resistencia de la existente.	0
7.7.18	Cables eléctricos sueltos.	0
7.7.19	Basura o líquidos en el suelo o en la escalera.	0
7.7.20	Niños que juegan en lo alto de una escalera sin barrera de protección.	0

7.7.21	Protecciones poco seguras de las ventanas en casas con niños pequeños.	0	0
7.7.22	Retraso en el incendio de la cocina y hervor de gas.	0	0
7.7.23	Experimentación con productos químicos o gasolina.	0	0
7.7.24	Fuego o estufas sin pantalla protectora.	0	0
7.7.25	Uso de delantales de plástico o ropas flotantes cerca de las llamas.	0	0
7.7.26	Baño en agua muy caliente ( baño de los niños sin vigilancia).	0	0
7.7.27	Niños jugando con cerillos, velas , cigarrillos.	0	0
7.7.28	Deslizarse sobre ropa de cama muy basta o luchar con sujeciones físicas en la cama.	2	11
7.7.29	Jugar con fuegos artificiales o armas de fuego.	0	0
7.7.30	Contacto con frío intenso.	0	0
7.7.31	Sobre exposición al sol, lámparas solares.	0	0
7.7.32	Uso de platos o vasos rajados.	0	0
7.7.33	Pistolas o municiones guardadas sin cerrar con llave.	0	0
7.7.34	Niños jugando con juguetes de bordes cortantes.	0	0
7.7.35	Conducir sin la ayuda visual necesaria.	0	0
7.7.36	Llevar niños en el asiento delantero del coche.	0	0
7.7.37	Fumar en la cama o cerca de una fuente de oxígeno.	0	0
7.7.38	Sobrecarga de los enchufes eléctricos.	0	0
7.7.39	Almacenar residuos grasos en estufas.	0	0
7.7.40	Uso de agarradores para las ollas delgadas o gastados.	0	0
7.7.41	Jugar o trabajar cerca de una zona de paso de vehículos.(caminos particulares, callejones, vías muertas).	0	0
7.7.42	Fugas de gas potencialmente combustibles.	0	0
7.7.43	Sobrecarga de los fusibles.	0	0
7.7.44	Contacto con maquinaria que se mueve muy rápidamente, cadenas o poleas industriales.	0	0
7.7.45	Enchufes eléctricos defectuosos, cables pelados o aparatos eléctricos en mal estado.	0	0
7.7.46	Contacto con ácidos o álcalis.	0	0
7.7.47	Radioterapia.	0	0
7.7.48	Exposición a maquinaria peligrosa.	0	0
7.7.49	Conducir un vehículo mecánicamente inseguro.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.7.50	Conducir después de haber consumido bebidas alcohólicas o drogas.	0	0
7.7.51	Conducir a velocidad excesiva.	0	0
7.7.52	Uso incorrecto del casco en los motociclistas o niños pequeños transportados en bicicletas de adultos.	0	0
7.7.53	Condiciones inseguras de las calles o de los cruces.	0	0
<b>INTERNOS</b>			
7.7.54	Alta de educación para la seguridad.	0	0
7.7.55	Recursos económicos insuficientes para adquirir equipo de seguridad o efectuar reparaciones.	1	6
7.7.56	Historia de traumatismos previos.	4	22
7.7.57	Falta de medidas de seguridad.	0	0
7.7.58	Malta visión.	8	44
7.7.59	Problemas de equilibrio.	2	11
7.7.60	Reducción de la sensibilidad táctil o térmica.	0	0
7.7.61	Debilidad.	2	11
7.7.62	Disminución de la coordinación de los músculos grandes o pequeños.	0	0
7.7.63	Disminución de la coordinación ojo - mano.	0	0
7.7.64	Dificultades emocionales o cognitivas.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>	
<b>7.8 RIESGO DE ASPIRACIÓN.</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>			
7.8.1	Aumento de la presión intragástrica.	0	0
7.8.2	Alimentación por sonda.	0	0
7.8.3	Situaciones que impiden la elevación de la parte superior del cuerpo.	0	0
7.8.4	Reducción del nivel de conciencia.	3	50
7.8.5	Presencia de tubo de traqueostomía o endotraqueal	0	0
7.8.6	Administración de medicación.	0	0
7.8.7	Cerclaje mandibular.	2	33
7.8.8	Aumento del volumen gástrico residual.	0	0
7.8.9	Incompetencia del esfínter esofágico inferior.	1	17
7.8.10	Deterioro de la deglución.	1	17
7.8.11	Tubos gastrointestinales.	0	0
7.8.12	Cirugía o traumatismo facial, oral o del cuello.	0	0
7.8.13	Depresión de los reflejos nauseoso y tusígeno.	0	0
7.8.14	Disminución de la motilidad gastrointestinal.	0	0
7.8.15	Retraso en el vaciado gástrico.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.9 RIESGO DE CAIDAS.</b>	<b>23</b>	<b>8</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>ADULTOS</b>		
7.9.1. Historia de caídas.	6	26
7.9.2. Uso de silla de ruedas.	2	9
7.9.3. Edad igual o superior a los 65 años.	15	65
7.9.4. Mujer ( si es anciana).	8	35
7.9.5. Vivir sólo.	0	0
7.9.6. Prótesis en las extremidades inferiores.	0	0
7.9.7. Uso de dispositivos de ayuda:		
a. Andador.	0	0
b. Bastón.	0	0
<b>FISIOLÓGICOS</b>		
7.9.8. Enfermedad aguda.	0	0
7.9.9. Estados postoperatorios.	1	4
7.9.10. Dificultades visuales.	1	4
7.9.11. Dificultades auditivas	0	0
7.9.12. Artritis.	0	0
7.9.13. Hipotensión ortostática.	0	0
7.9.14. Insomnio.	0	0
7.9.15. Mareos al girar o extender el cuello.	0	0
7.9.16. Anemia.	0	0
7.9.17. Enfermedad vascular.	0	0
7.9.18. Neoplasmas ( es decir , fatiga, limitación de la movilidad).	0	0
7.9.19. Urgencia o incontinencia urinaria.	0	0
7.9.20. Diarrea.	0	0
7.9.21. Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.	1	4
7.9.22. Cambios de glucosa posprandial.	0	0
7.9.23. Problemas en los pies.	0	0
7.9.24. Deterioro de la movilidad física.	0	0
7.9.25. Alteración del equilibrio.	0	0
7.9.26. Dificultad en la marcha.	0	0
7.9.27. Déficit propioceptivos ( desatención unilateral).	0	0
7.9.28. Neuropatía.	0	0
<b>COGNITIVOS</b>		
7.9.29. Alteración del estado mental:		
a. Confusión.	0	0
b. Delirio.	0	0
c. Demencia.	0	0
d. Deterioro en la percepción de la realidad.	0	0
<b>MEDICAMENTOSOS</b>		
7.9.30. Agentes antihipertensores.	0	0
7.9.31. Diuréticos.	0	0
7.9.32. Antidepresivos tricíclicos.	0	0
7.9.33. Consumo de alcohol.	0	0
7.9.34. Ansiolíticos.	0	0
7.9.35. Narcóticos.	0	0

7.9.36 Hipnóticos o tranquilizantes.	0	0
<b>AMBIENTALES</b>		
7.9.37 sujeciones.	0	0
7.9.38 Condiciones climatológicas (calles húmedas, hielo)	0	0
7.9.39 Alfombras	0	0
7.9.40 Entorno desordenado.	0	0
7.9.41 Habitación desconocida, débilmente iluminada.	0	0
7.9.42 Falta de material antideslizante en la bañera o ducha	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>7.10 RIESGO DE SUICIDIO.</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>(C) FACTORES DE RIESGO</b>		
<b>CONDUCTUALES</b>		
7.10.1 Historia de intentos previos de suicidio.	0	0
7.10.2 Irreflexión.	0	0
7.10.3 Compra de un arma de fuego.	0	0
7.10.4 Acúmulo de medicinas.	0	0
7.10.5 Hacer testamento o cambiario.	0	0
7.10.6 Donar posesiones.	0	0
7.10.7 Súbita recuperación eufórica de una depresión grave.	0	0
7.10.8 Cambios perceptibles en la conducta, actitud, rendimiento escolar.	0	0
<b>VERBALES</b>		
7.10.9 Amenazas de matarse	0	0
7.10.10 Expresión de deseos de morir o de acabar de una vez.	0	0
<b>SITUACIONALES</b>		
7.10.11 vivir sólo.	1	33
7.10.12 Jubilación.	0	0
7.10.13 Traslado, institucionalización.	0	0
7.10.14 Inestabilidad económica.	2	67
7.10.15 Falta de autonomía o independencia.	0	0
7.10.16 Presencia de armas de fuego en el domicilio.	0	0
7.10.17 Adolescentes que viven en un entorno no tradicional ( centro de internamiento juvenil, prisión).	0	0
<b>PSICOLÓGICOS</b>		
7.10.18 Antecedentes familiares de suicidio.	0	0
7.10.19 Uso o abuso de alcohol u otras sustancias.	2	67
7.10.20 Enfermedad o trastorno psiquiátrico:		
a. Depresión.	1	33
b. Esquizofrenia.	0	0
c. Desorden bipolar.	0	0
7.10.21 Malos tratos en la infancia.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.10.22 Joven ( hombre o mujer).	0	0
7.10.23 Homosexual.	0	0
<b>DEMOGRÁFICOS</b>		
7.10.24 Edad:		
a. Ancianidad.	0	0
b. Varones adultos jóvenes.	0	0
c. Adolescentes.	0	0
7.10.25 Raza:		
a. Caucásicos.	0	0
b. Americanos nativos.	0	0
7.10.26 Sexo: Varón	0	0
7.10.27 Divorcio, Viudedad.	0	0
<b>FÍSICOS</b>		
7.10.28 Enfermedad física.	0	0
7.10.29 Enfermedad terminal.	0	0
7.10.30 Dolor crónico.	0	0
<b>SOCIAL</b>		
7.10.31 Pérdida de relaciones importantes.	0	0
7.10.32 Alteración de la vida familiar.	0	0
7.10.33 Duelo, aflicción.	0	0
7.10.34 Sistemas de soporte insuficientes.	0	0
7.10.35 Soledad.	0	0
7.10.36 Desesperanza.	1	33
7.10.37 Impotencia.	0	0
7.10.38 Aislamiento social.	1	33
7.10.39 Problemas legales o disciplinarios.	0	0
7.10.40 Suicidios en grupo.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>7.11 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.</b>	<b>107</b>	<b>21</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.11.1. Informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal	15	14
7.11.2 Verbalizaciones auto negativas	89	83
7.11.3 Conducta indecisa, no asertiva.	0	0
7.11.4 Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.	6	6
7.11.5 Expresiones de desesperanza e inutilidad.	3	3
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.11.6 Cambios del desarrollo ( especificar)	3	3
7.11.7 Alteración de la imagen corporal.	92	86
7.11.8 Deterioro funcional ( especificar).	0	0
7.11.9 Cambios del rol social ( especificar).	5	5
7.11.10 Falta de reconocimiento o recompensas.	0	0
7.11.11 Conducta inconsistente con los valores.	1	1
7.11.12 Fallo , rechazo.	13	12

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.12 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</b>	<b>67</b>	<b>13</b>
<b>B) CARACTERISTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.12.1 Expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.	59	88
7.12.2 Expresión de percepciones que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función.	11	16
7.12.3 Respuesta no verbal a cambios reales o percibidos en la estructura o funcionamiento.	4	6
7.12.4 Conductas de evitación, control o reconocimiento del propio cuerpo.	4	6
<b>OBJETIVAS</b>		
7.12.5 Pérdida de una parte corporal.	1	2
7.12.6 Traumatismo de la parte no funcionante.	0	0
7.12.7 No tocar una parte corporal.	1	2
7.12.8 Ocultamiento o exposición excesiva (intencionada o no) de una parte corporal.	0	0
7.12.9 Cambio en la implicación social.	1	2
7.12.10 Cambio en la capacidad para estimar la relación espacial del cuerpo en el entorno.	0	0
7.12.11 No mirar esa parte corporal.	0	0
7.12.12 Cambio real en la estructura o funcionamiento.	0	0
7.12.13 Ampliación de los límites del cuerpo para incorporar objetos del entorno.	0	0
<b>OBJETIVAS</b>	0	0
7.12.14 Rechazo a verificar un cambio real.	0	0
7.12.15 Preocupación con el cambio o pérdida dándole un nombre.	0	0
7.12.16 Personalización de la parte o pérdida dándole un nombre.	0	0
7.12.17 Despersonalización de la parte o pérdida mediante pronombres impersonales.	0	0
7.12.18 Sentimientos negativos sobre el cuerpo (sentimientos de desesperanza, impotencia).	1	2
7.12.19 Expresión de cambios en el estilo de vida.	2	3
7.12.20 Centrar la atención en las capacidades, funciones o aspecto anterior.	0	0
7.12.21 Miedo al rechazo o a la reacción de los otros.	2	3
7.12.22 Destacar las capacidades restantes.	0	0
7.12.23 Exagerar los logros.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.12.24 Psicosociales.	9	13
7.12.25 Biofisiológicos	27	40
7.12.26 Cognitivos o perceptuales.	6	12
7.12.27 Culturales o espirituales.	6	9
7.12.28 Cambios de desarrollo.	7	10
7.12.29 Enfermedad.	2	3
7.12.30 Traumatismo o lesión.	3	5
7.12.31 Cirugía.	3	5
7.12.32 Tratamiento de la enfermedad.	2	3

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>7.13 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA</b>	<b>22</b>	<b>4</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DENOTORIAS</b>		
7.13.1 La persona de forma crónica o durante un largo periodo de tiempo:		
a. Racionaliza o rechaza la retroalimentación positiva sobre si misma y exagera la negativa.	2	9
b. Tiene expresiones negativas sobre si misma.	12	55
c. Se resiste a probar cosas o situaciones nuevas.	1	5
d. Manifiesta vergüenza o culpa.	4	18
c. Se auto evalúa como incapaz de afrontar los acontecimientos.	1	5
7.13.2 Falta de contacto ocular.	0	0
7.13.3 Pasividad o falta de asertividad.	0	0
7.13.4 Frecuente falta de éxito en el trabajo o en otros acontecimientos de la vida.	0	0
7.13.5 Búsqueda excesiva de reafirmación.	0	0
7.13.6 En general está conforme o depende de las opiniones de los demás.	0	0
7.13.7 Indecisión.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.13.8 Pendiente de desarrollo	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>7.14 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.14.1 Pendientes de desarrollo	-	-
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.14.2 Pendientes de desarrollo.	-	-

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.15 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO : BAÑO / HIGIENE</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.15.1 Incapacidad para:		100
a. Lavar total o parcialmente el cuerpo.	9	
b. Obtener agua o llegar hasta una fuente.	0	0
c. Regular la apertura o flujo del agua del baño.	0	0
d. Obtener los artículos de baño.	0	0
e. Entrar y salir del baño	0	0
f. Secarse el cuerpo.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.15.2 Disminución o falta de motivación.	0	0
7.15.3 Debilidad y cansancio.	3	33
7.15.4 Ansiedad severa.	0	0
7.15.5 Dificultad para percibir una parte corporal o la relación espacial.	0	0
7.15.6 Deterioro neuromuscular.	0	0
7.15.7 Deterioro musculoesquelético.	0	0
7.15.8 Dolor.	0	0
7.15.9 Barreras ambientales.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>7.16 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO / ACICALAMIENTO.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</b>		
7.16.1 Deterioro de la capacidad para:		
a. Ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias.	1	25
b. Abrocharse la ropa.	1	25
c. Obtener o reemplazar los artículos de vestir.	0	0
7.16.2 Incapacidad para:		
a. Ponerse la ropa en la parte superior del cuerpo.	1	25
b. Ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.	0	0
c. Elegir la ropa.	1	25
d. Usar dispositivos de ayuda.	0	0
e. Usar cremalleras.	0	0
f. Quitarse la ropa.	1	25
g. Ponerse los calcetines.	1	25
h. Mantener el aspecto a un nivel satisfactorio.	2	50
i. Coger la ropa.	0	0
j. Ponerse los zapatos.	1	25

<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
7.16.3 Disminución o falta de motivación.	0	0
7.16.4 Dolor.	0	0
7.16.5 Ansiedad severa.	0	0
7.16.6 Deterioro perceptual o cognitivo.	0	0
7.16.7 Debilidad o cansancio.	0	0
7.16.8 Deterioro neuromuscular.	0	0
7.16.9 Deterioro músculo esquelético.	0	0
7.16.10 Malestar.	0	0
7.16.11 Barreras ambientales.	0	0

### **8. DESARROLLO Y FUNCIONAMIENTO HUMANO.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>8.1 CONOCIMIENTO DEFICIENTE.</b>	<b>71</b>	<b>14</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
8.1.1. Verbalización del problema	51	72
8.1.2. Seguimiento inexacto de las instrucciones	1	1
8.1.3. Realización inadecuada de las pruebas	0	0
8.1.4. Comportamientos inapropiados o exagerados, por ejemplo histeria, hostilidad, agitación, apatía.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
8.1.5. Falta de exposición.	1	1
8.1.6. Falta de memoria	18	25
8.1.7. Mala interpretación de la información	2	3
8.1.8. Limitación cognitiva	20	28
8.1.9. Falta de interés en el aprendizaje.	10	14
8.1.10. Poca familiaridad con los recursos para obtener la información.	1	1

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>8.2. TRASTORNO EN LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO</b>	<b>33</b>	<b>7</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
8.2.1. Disonancia cognitiva.	1	3
8.2.2. Déficit de problemas de memoria	30	91
8.2.3. Interpretación inexacta del entorno	0	0
8.2.4. Hipovigilancia.	0	0
8.2.5. Hipervigilancia.	0	0
8.2.6. Facilidad para distraerse.	5	15
8.2.7. Egocentrismo.	0	0
8.2.8. Pensamiento inadecuado no basado en la realidad.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
8.2.9. Pendientes de desarrollo.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>8.3. DETERIORO DE LA MEMORIA.</b>	<b>2</b>	<b>0.4</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
8.3.1. Deterioro de la habilidad para:		
a) Pasar de decúbito lateral derecho a de decúbito lateral izquierdo y viceversa.	1	50
b) Pasar de posición supina con las piernas colgando o viceversa.	2	100
c) Deslizarse o cambiar de posición en la cama.	0	0
d) Pasar de posición supina a prona o viceversa.	0	0
e) Incorporarse en la cama desde la posición de decúbito supino y viceversa.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
8.3.2. Pendiente de desarrollo.	0	0

**9. CRISIS.**

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>9.1. IMPOTENCIA</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
<b>BAJAS</b>		
9.1.1. Expresión de incertidumbre sobre los niveles fluctuantes de energía.	0	0
9.1.2. Pasividad.	1	33
<b>MODERADAS</b>		
9.1.3. Falta de participación en los cuidados o toma de decisiones cuando se da la oportunidad de hacerlo.	1	33
9.1.4. Resentimiento, Cólera o Culpa.	2	66
9.1.5. Expresiones de insatisfacción y frustración por la incapacidad para realizar las tareas o actividades previas.	0	0
9.1.6. Falta de control en los progresos.	0	0
9.1.7. Expresiones de duda respecto al desempeño del rol.	0	0
9.1.8. Rechazo a manifestar los verdaderos sentimientos.	0	0
9.1.9. Pasividad.	1	33
9.1.10. Incapacidad para buscar información respecto a sus cuidados.	0	0
9.1.11. Dependencia de otro que puede resultar en irritabilidad, resentimiento, cólera y culpabilidad.	0	0

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

9.1.12. Falta de defensa de las prácticas de autocuidado cuando son cuestionadas.	0	0
<b>SEVERAS</b>		
9.1.13. Expresiones verbales de carecer de control.		
a) Sobre su autocuidado	0	0
b) Influencia sobre la situación	0	0
c) Influencia sobre el resultado.	0	0
9.1.14. Apatía	0	0
9.1.15. Depresión por el deterioro físico que ocurre a pesar del seguimiento del tratamiento .	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
9.1.16. Entorno de cuidados de la salud	1	33
9.1.17. Interacción interpersonal	0	0
9.1.18. Tratamiento relacionado con la enfermedad.	2	66
9.1.19. Estilo de vida desesperanzado.	2	66

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>9.2. ANSIEDAD.</b>	<b>59</b>	<b>17</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS. CONDUCTUALES.</b>		
9.2.1. Disminución de la productividad	15	17
9.2.2. Control y vigilancia.	0	0
9.2.3. Mal contacto ocular.	0	0
9.2.4. Agitación.	8	9
9.2.5. Lanzar miradas alrededor.	0	0
9.2.6. Movimientos extraños.	2	2
9.2.7. Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales	5	6
9.2.8. Insomnio	10	11
9.2.9. inquietud.	17	19
<b>AFECTIVAS.</b>		
9.2.10. Arrepentimiento.	0	0
9.2.11. Irritabilidad.	1	1
9.2.12. Angustia	47	53
9.2.13. Sobresalto	5	6
9.2.14. Nerviosismo	11	12
9.2.15. sobreexcitación	1	1
9.2.16. Desesperanza dolorosa y creciente.	9	10
9.2.17. Desconcierto	3	3
9.2.18. Incertidumbre	5	6
9.2.19. Preocupación creciente.	8	9
9.2.20. Atención centrada en el yo.	0	0
9.2.21. Sentimiento de inadecuación	1	1
9.2.22. Temor.	7	8
9.2.23. Distrés	2	2
9.2.24. Aprensión	0	0

9.2.25. Inquietud.	4	5
<b>FISIOLÓGICAS.</b>		
9.2.26. Voz temblorosa	1	1
9.2.27. Estremecimiento, temblor de manos	0	0
9.2.28. Inestabilidad	0	0
9.2.29. Aumento de la respiración (Simpático).	0	0
9.2.30. Urgencia Urinaria (Parasimpático).	0	0
9.2.31. Aumento del pulso (Simpático).	0	0
9.2.32. Dilatación pupilar	0	0
9.2.33. Aumento de los reflejos.	0	0
9.2.34. Trastorno del sueño.	0	0
9.2.35. Hormigueo de las extremidades (parasimpático)	0	0
9.2.36. Excitación cardiovascular (simpático).	0	0
9.2.37. Aumento de la transpiración.	0	0
9.2.38. Tensión facial.	0	0
9.2.39. Anorexia	0	0
9.2.40. Palpitaciones	0	0
9.2.41. Diarrea	0	0
9.2.42. Dificultad para iniciar el chorro de orina	0	0
9.2.43. Fatiga	0	0
9.2.44. Sequedad bucal	0	0
9.2.45. Debilidad	0	0
9.2.46. Disminución del pulso.	0	0
9.2.47. Enrojecimiento facial	0	0
9.2.48. Vasoconstricción superficial	0	0
9.2.49. Espasmos musculares	0	0
9.2.50. Disminución de la presión arterial.	0	0
9.2.51. Náuseas	0	0
9.2.52. Frecuencia urinaria	0	0
9.2.53. Desmayo	0	0
9.2.54. Dificultad respiratoria	0	0
9.2.55. Aumento de la presión arterial	0	0
<b>COGNITIVAS</b>		
9.2.56. Bloqueo del pensamiento.	0	0
9.2.57. Confusión	0	0
9.2.58. Preocupación	1	1
9.2.59. Olvido	0	0
9.2.60. Rumiación	0	0
9.2.61. Deterioro de la atención	0	0
9.2.62. Disminución del campo perceptual	0	0
9.2.63. Miedo a consecuencias inespecíficas	0	0
9.2.64. Tendencia a culpar a otros.	0	0
9.2.65. Dificultad para la concentración	0	0
9.2.66. Disminución de la habilidad para:		
a) Solucionar problemas	2	2
b) Aprender.	0	0
9.2.67. Conciencia de los síntomas fisiológicos.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
9.2.68. Exposición a toxinas.	0	0
9.2.69. Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales de la vida.	16	18

9.2.70. Asociación familiar o herencia.	1	1
9.2.71. Crisis de maduración o situacionales.	6	7
9.2.72. Amenaza de muerte	3	3
9.2.73. amenaza al auto concepto	3	3
9.2.74. estrés.	21	24
9.2.75. Abuso de sustancias.	2	2
9.2.76. Amenaza de cambio en:		
a) El rol.	3	3
b) El estado de salud	5	6
c) Los patrones de interacción.	2	2
d) Las funciones del rol	4	5
e) El entorno	8	9
f) La situación económicas	27	30

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>9.3. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.</b>	<b>13</b>	<b>3</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
9.3.1. Preocupación sobre el impacto de la propia muerte sobre las personas allegadas.	5	39
9.3.2. Impotencia ante los temas relacionados con la agonía.	1	8
9.3.3. Miedo a la pérdida física o de las capacidades mentales durante la agonía.	1	8
9.3.4. Anticipación de dolor relacionado con la agonía.	0	0
9.3.5. Tristeza profunda.	1	8
9.3.6. Miedo al proceso de morir.	8	62
9.3.7. Preocupación por sobrecargar a los cuidadores a medida que la enfermedad terminal incapacite a la persona.	1	8
9.3.8. Preocupaciones sobre el encuentro con el creador o el sentimiento de duda sobre la existencia de un Dios o un ser superior.	0	0
9.3.9. Pérdida total sobre el control sobre cualquier aspecto de la propia muerte.	0	0
9.3.10. Imagen negativa de la muerte o pensamientos desagradables sobre cualquier acontecimiento relacionado con la muerte o la agonía.	0	0
9.3.11. Miedo al retraso en el fallecimiento.	0	0
9.3.12. Miedo a la muerte prematura porque impide el logro de importantes objetivos vitales.	0	0
9.3.13. Preocupación por causar duelo y sufrimientos a otros.	1	8

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

9.3.14. Miedo a dejar sola a la familia tras la muerte.	0	0
9.3.15. Miedo a desarrollar una enfermedad terminal.	0	0
9.3.16. Negación a la propia mortalidad o de la inminencia de la muerte.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
9.3.17 Pendiente de desarrollo.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>9.4. TEMOR</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
9.4.1. Informes de:		
a) aprensión	2	20
b) aumento de la tensión	1	10
c) reducción de la seguridad en uno mismo	0	0
d) excitación	0	0
e) sentirse asustado	0	0
f) inquietud	5	50
g) pavor	2	20
h) alarma	1	10
i) terror	1	10
j) pánico	0	0
<b>COGNITIVAS</b>		
9.4.2. Identifica el objeto del miedo.	0	0
9.4.3. Los estímulos se presentan como una amenaza	0	0
9.4.4. Disminución de la productividad, el aprendizaje, la capacidad para solucionar problemas.	0	0
<b>CONDUCTUALES</b>		
9.4.5. Aumento del estado de alerta	0	0
9.4.6. Conductas del evitación de ataque.	0	0
9.4.7. Irreflexión.	0	0
9.4.8. Estrechamiento del foco de atención en el origen del temor.	0	0
<b>FISIOLÓGICAS</b>		
9.4.9. Aumento del pulso.	0	0
9.4.10. Anorexia.	0	0
9.4.11. Náuseas.	0	0
9.4.12. Vómito.	0	0
9.4.13. Diarrea.	0	0
9.4.14. Tirantez muscular.	0	0
9.4.15. Fatiga.	0	0
9.4.16. Aumento de la frecuencia respiratoria y falta de alimento.	0	0
9.4.17. Palidez.	0	0
9.4.18. Aumento de la transpiración.	0	0
9.4.19. Aumento de la presión arterial sistólica.	0	0

157  
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

9.4.20. Dilatación pupilar.	0	0
9.4.21. Sequedad bucal.	0	0
<b>(B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
9.4.22. Origen innato o natural.	0	0
9.4.23. Respuesta aprendida.	0	0
9.4.24. Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante.	4	40
9.4.25. Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.	3	30
9.4.26. Barreras idiomáticas.	0	0
9.4.27. Deterioro sensorial.	1	10
9.4.28. Desencadenantes innatos.	0	0
9.4.29. Estímulos fóbicos.	2	20

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>9.5. RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>C) FACTORES DE RIESGO.</b>		
9.5.1. Ansiedad agotadora.	0	0
9.5.2. Baja autoestima.	0	0
9.5.3. Bloqueo del amor hacia uno mismo.	0	0
9.5.4. Malas relaciones.	0	0
9.5.5. Estrés físico o psicológico.	0	0
9.5.6. Abuso de sustancias.	0	0
9.5.7. Pérdida de un ser querido.	0	0
9.5.8. Pérdidas situacionales.	0	0
9.5.9. Pérdidas de maduración.	0	0
9.5.10. Incapacidad para perdonar.	0	0
9.5.11. Enfermedad mental.	0	0
9.5.12. Enfermedad física.	1	100
9.5.13. Desastres naturales.	0	0

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>9.6. SUFRIMIENTO.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
9.6.1. Expresiones de preocupación sobre el significado de la vida, la muerte o el sistema de valores.	2	50
9.6.2. Preguntas sobre el significado del sufrimiento.	0	0
9.6.3. Verbalización de conflictos internos sobre las creencias.	0	0
9.6.4. Cuestiones sobre el significado de la propia existencia.	0	0
9.6.5. Incapacidad para participar en las prácticas religiosas habituales.	0	0
9.6.6. Búsqueda de ayuda espiritual.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

9.6.7. Preguntas sobre las implicaciones morales o éticas del régimen terapéutico.	0	0
9.6.8. Desplazamiento de la cólera hacia los representantes religiosos.	0	0
9.6.9. Descripción de pesadillas o trastornos del sueño.	1	25
9.6.10. Alteraciones del comportamiento o del humor manifestadas por cólera, llanto, retraimiento, preocupación, ansiedad, hostilidad, apatía, etc.	1	25
9.6.11. Humor negro (inapropiado en una situación grave).	0	0
9.6.12. Verbalización de preocupación respecto a las relaciones con la deidad.	0	0
9.6.13. Cólera hacia Dios.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
9.6.14. Separación de los vínculos culturales o religiosos.	1	25
9.6.15. Puesta a prueba del sistema de creencias y valores.	4	100

#### 10. DESVIACIÓN DE LA SALUD.

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.1. CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR.</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
<b>ACTIVIDADES DEL CUIDADOR.</b>		
10.1.1. Dificultad para completar o llevar acabo las tareas requeridas.	1	10
10.1.2. Preocupación de los cuidados habituales.	3	30
10.1.3. Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad del cuidador para atenderla.	5	50
10.1.4. Inquietud sobre el receptor de los cuidados si el cuidador se pone enfermo o muere.	3	30
10.1.5. Cambio disfuncional en las actividades del cuidador.	0	0
10.1.6. Inquietud sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados.	0	0
<b>ESTADO DE SALUD DEL CUIDADOR.</b>		
<i>Física</i>		
10.1.7. Trastornos gastrointestinales, dolores gástricos leves, vómitos, diarreas, úlcera péptica recurrente.	0	0

10.1.8. Cambios ponderables.	0	0
10.1.9. Erupciones.	0	0
10.1.10. Hipertensión.	0	0
10.1.11. Enfermedad cardiovascular	0	0
10.1.12. Diabetes.	1	10
10.1.13. Fatiga	4	40
10.1.14. Cefalea.	0	0
<i>Emocional</i>		
10.1.15. Afrontamiento individual deteriorado.	0	0
10.1.16. Sentimientos de depresión.	0	0
10.1.17. Trastorno del sueño.	1	10
10.1.18. Cólera	0	0
10.1.19. Estrés	1	1
10.1.20. Somatización	0	0
10.1.21. Nerviosismo creciente	0	0
10.1.22. Labilidad emocional creciente	0	0
10.1.23. Impaciencia.	0	0
10.1.24. Falta de tiempo para las necesidades personales.	0	0
10.1.25. Frustración	0	0
<i>Socioeconómica.</i>		
10.1.26. No participación en la vida social.	0	0
10.1.27. Cambio en las actividades de tiempo libre.	0	0
10.1.28. Cambio en las actividades tiempo libre.	0	0
10.1.29. Baja productividad laboral.	2	20
10.1.30. Rechazo de promociones laborales.	0	0
<b>CUIDADOR RECEPTOR DE LOS CUIDADOS.</b>		
<i>Relaciones.</i>		
10.1.31. Duelo de incertidumbre sobre el cambio de relaciones con el receptos de los cuidados.	0	0
10.1.32. Dificultad para ver como afecta la enfermedad al receptor de los cuidados.	0	0
10.1.33. Conflicto familiar	0	0
10.1.34. Preocupación por los miembros de la familia.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
<b>ESTADO DE SALUD DEL RECEPTOR DE LOS CUIDADOS.</b>		
10.1.35. Severidad de la enfermedad.	0	0
10.1.36. Enfermedad crónica.	3	30
10.1.37. Crecientes necesidades de cuidados o dependencia.	1	10
10.1.38. Incertidumbre sobre el curso de la enfermedad.	1	10
10.1.39. Salud inestable del receptor de los cuidados.	0	0
10.1.40. Conductas problemáticas	2	20
10.1.41. Problemas psicológicos cognitivos.	1	10
10.1.42. Adicción, codependencia.	0	0

<b>ACTIVIDADES DEL CUIDADOR.</b>		
10.1.43. Cantidad de actividades.	1	10
10.1.44. Complejidad de las actividades	0	0
10.1.45. Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas.	0	0
10.1.46. Cambio continuo de actividades.	0	0
10.1.47. Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados.	0	0
10.1.48. Brindar cuidados durante años.	0	0
10.1.49. Incertidumbre sobre la situación de los cuidados.	0	0
<b>ESTADO DE SALUD DEL CUIDADOR.</b>		
10.1.50. Problemas físicos.	0	0
10.1.51. Problemas psicológicos o cognitivos.	0	0
10.1.52. Adicción o codependencia.	0	0
10.1.53. Patrones de afrontamientos marginales.	0	0
10.1.54. Expectativas reales sobre si mismo.	0	0
10.1.55. Incapacidad para satisfacer las expectativas propias o ajenas.	0	0
<b>SOCIOECONÓMICO</b>		
10.1.56. Aislamiento de otros	0	0
10.1.57. Desempeño de roles que entran en competencia. Insuficiencia de actividades recreativas.	0	0
<b>CUIDADOR - RECEPTOR DE LOS CUIDADOS.</b>		
10.1.58. Antecedentes de malas relaciones.	0	0
10.1.59. Presencia de abusos o violencia.	0	0
10.1.60. El receptor de los cuidados tiene expectativas poco realistas del cuidador.	0	0
10.1.61. El estado mental del anciano inhibe la conversación.	0	0
<b>PROCESOS FAMILIARES.</b>		
10.1.62. Historia de afrontamiento familiar marginal.	0	0
10.1.63. Historia de disfunción familiar.	0	0
<b>RECURSOS.</b>		
10.1.64. Entorno físico inadecuado para brindar cuidados.	0	0
10.1.65. Equipo inadecuado para brindar cuidados.	0	0
10.1.66. Medios de transporte inadecuados.	0	0
10.1.67. Recursos comunitarios inadecuados.	0	0
10.1.68. Recursos inadecuados insuficientes.	0	0
10.1.69. El cuidador no esta preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel.	0	0
10.1.70. Inexperiencia en la provisión de cuidados.	0	0
10.1.71. Falta de tiempo.	0	0

10.1.72. Falta de conocimiento sobre los recursos comunitarios o dificultad para acceder a ellos.	0	0
10.1.73. Falta de intimidad del cuidador.	0	0
10.1.74. Tensión emocional.	0	0
10.1.75. Energía física.	1	10
10.1.76. Asistencia de soporte formal e informal.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.2. RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR.</b>	<b>4</b>	<b>1</b>
C) FACTORES DE RIESGO.		
10.2.1. Adición o codependencia.	0	0
10.2.2. El receptor de los cuidados muestra un comportamiento desviado, aberrante.	0	0
10.2.3. Aislamiento de la familia o del cuidador.	0	0
10.2.4. Falta de descanso y distracción del cuidador.	1	25
10.2.5. Falta de experiencia en brindar cuidados.	2	50
10.2.6. Enfermedad grave del receptor de los cuidados.	0	0
10.2.7. Nacimiento prematuro o defecto congénito.	0	0
10.2.8. Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio.	0	0
10.2.9. Deterioro de la salud del cuidador.	1	25
10.2.10. Curso impredecible de la enfermedad o inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.	1	25
10.2.11. El cuidador es una mujer.	2	50
10.2.12. El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel.	0	0
10.2.13. Retraso en el desarrollo o retraso mental de la persona que brinda los cuidados y de la que los recibe	0	0
10.2.14. Problemas psicológicos o cognitivos del receptor de los cuidados.	0	0
10.2.15. Situación marginal de la familia o disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados	0	0
10.2.16. Patrones de afrontamiento marginales del cuidador.	0	0
10.2.17. Historia de malas relaciones entre la persona que brinda los cuidados y la que los recibe.	0	0
10.2.18. El cuidador es el cónyuge.	0	0

10.2.19. Presencia de agentes situacionales que normalmente afectan a las familias		
a) Una pérdida significativa	1	25
b) Vulnerabilidad económicas	2	50
c) Acontecimientos vitales importantes	0	0
10.2.20. Prolongación de los cuidados, entorno físico inadecuado para prestar los cuidados	0	0
10.2.21. Cuidados numerosos o complejos.	0	0
10.2.22. Inexperiencia del cuidador.	0	0
10.2.23. El cuidador desempeña roles que entran en competencia.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.3. DETERIORO DE LA ADAPTACION</b>	<b>8</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
10.3.1. Negación del cambio en el estado de salud.	6	75
10.3.2. Fallo en el logro de una sensación óptima de control.	0	0
10.3.3. Fallo en emprender acciones que prevendrían nuevos problemas de salud.	0	0
10.3.4. Demostración de no aceptación del cambio en el estado de salud.	2	25
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
10.3.5. Falta de optimismo.	1	13
10.3.6. Estado emocional intenso.	2	25
10.3.7. Actitudes negativas en la conducta de salud.	1	13
10.3.8. No hay intentos de cambiar de conducta.	0	0
10.3.9. Múltiples agentes estresantes.	1	13
10.3.10. Falta de apoyo social para cambio de ideas y prácticas.	0	0
10.3.11. Falta de motivación para cambiar las conductas.	2	25
10.3.12. Incapacidad o cambio del estado de salud que requiere un cambio en el estilo de vida.	4	50

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.4. NEGACIÓN INEFICAZ.</b>	<b>1</b>	<b>0.2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
10.4.1. Retraso en la búsqueda o rechazo de la atención sanitaria en detrimento de la salud.	0	0
10.4.2. Falta de percepción de la relevancia de los síntomas o del peligro.	0	0
10.4.3. Uso de remedios caseros (auto tratamiento) para aliviar los síntomas.	0	0
10.4.4. Negación del temor a la muerte o a la invalidez.	0	0
10.4.5. Minimización de los síntomas.	0	0
10.4.6. Desplazamiento del origen de los síntomas a otros órganos.	0	0
10.4.7. Incapacidad para admitir el impacto de la enfermedad en el estilo de vida.	1	100
10.4.8. Gestos o comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos.	0	0
10.4.9. Desplazamiento del miedo al impacto provocado por su estado.	0	0
10.4.10. Muestra de emociones inapropiadas.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.4.11. Pendientes de desarrollo.	0	0

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.5. DESESPERANZA.</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
10.5.1. Pasividad, disminución de la Verbalización.	1	10
10.5.2. Disminución de las emociones.	1	10
10.5.3. Claves verbales (contenido desesperanzado, "no puedo" suspiros).	4	40
10.5.4. Falta de iniciativa	0	0
10.5.5. Disminución de la respuesta de los estímulos.	0	0
10.5.6. Volverse hacia el lado contrario de la persona que habla.	0	0
10.5.7. Cerrar los ojos.	0	0
10.5.8. Encogerse de hombros en respuesta a la persona que le habla.	0	0
10.5.9. Disminución del apetito.	9	90
10.5.10. Aumento o disminución del sueño.	1	10
10.5.11. Falta de implicación en sus cuidados o aceptación pasiva.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS</b>		
10.5.12. Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento.	0	0
10.5.13. Declive o deterioro del estado fisiológico	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

10.5.14. Estrés de larga duración	3	30
10.5.15. Abandono	3	30
10.5.16. Pérdida de la fe en los valores trascendentes a Dios.	3	30

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.6. MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD</b>	<b>86</b>	<b>11</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
<i>Subjetivas</i>		
10.6.1 Los miembros de la casa expresan dificultad para mantenerla confortable.	15	27
10.6.2 Los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento	2	4
10.6.3 Los miembros de la casa refieren obligaciones externas o crisis económicas.	39	70
<i>Objetivas</i>		
10.6.4 Entorno desordenado	3	5
10.6.5 Falta de equipo de cocina, ropa de vestir o ropa de cama o los que hay están sucios.	0	0
10.6.6 Acumulo de suciedad, residuos alimentarios o desechos higiénicos.	0	0
<b>B) FACTORES REALACIONADOS</b>		
10.6.7 Enfermedad o lesión de la persona de un miembro de la familia.	2	4
10.6.8 Falta de familiaridad con los recursos del vecindario.	0	0
10.6.9 Falta de conocimientos.	15	27
10.6.10 Falta del modelo del rol	1	2
10.6.11 Información o planificación familiar insuficiente.	0	0
1.6.12 Deterioro de la función cognitiva o emocional.	0	0
10.6.13 Sistema de soporte inadecuado.	6	11
10.6.14 Recursos económicos insuficientes.	36	64

DIAGNOSTICO	TOTAL	%
<b>10.7 MANEJO INEFECTIVO DEL REGIMEN.</b>	<b>72</b>	<b>14</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
10.7.1. Elección de la vida diaria ineficaces para cumplir los objetivos de un tratamiento o programa de prevención.	18	25
10.7.2. Verbalización del deseo de manejar el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las secuelas.	11	15

10.7.3. Verbalización de la dificultad con la regulación o integración de uno o más de los regímenes prescritos para el tratamiento de la enfermedad y sus defectos a la prevención de complicaciones.	26	36
10.7.4. Verbalización de no haber realizado las acciones necesarias para incluir el régimen de tratamiento en los hábitos diarios.	13	18
10.7.5. Verbalización de no haber emprendido las acciones para reducir los factores o situaciones de riesgo más frecuentes de progresión de la enfermedad y de sus secuelas.	3	4
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
10.7.6. Complejidad del régimen terapéutico.	3	4
10.7.7. Conflicto de decisiones.	0	0
10.7.8. Demandas excesivas sobre un individuo o familia.	0	0
10.7.9. Conflicto familiar.	0	0
10.7.10. Patrones familiares de cuidados de la salud	1	1
10.7.11. Inadecuación del número y tipo de claves para la acción.	0	0
10.7.12. Déficit de conocimientos.	29	40
10.7.13 Falta de confianza en el régimen o en el personal de cuidados de la salud.	2	3
10.7.14 Percepción subjetiva de gravedad.	0	0
10.7.15 Percepción de susceptibilidad.	0	0
10.7.16 Percepción de barreras.	0	0
10.7.17 Percepción de beneficios.	0	0
10.7.18 Impotencia.	4	6
10.7.19 Déficit de soporte social.	0	0
10.7.20 Complejidad del sistema de cuidados de la salud.	1	1
10.7.21 Dificultades económicas.	34	47

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>10.8 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO.</b>	<b>78</b>	<b>16</b>
<b>A) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS.</b>		
10.8.1. Conducta Indicativa de incumplimiento del tratamiento ( por observación directa o por informaciones del paciente o otras personas significativas).	5	6
10.8.2 Evidencia de desarrollo de complicaciones.	30	39
10.8.3 Evidencias de exacerbación de los síntomas.	15	19
10.8.4 no asistencia a las visitas concertadas.	32	41

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

10.8.5 Falta de progresos.	1	1
10.8.6 Pruebas objetivas.	0	0
<b>B) FACTORES RELACIONADOS.</b>		
<i>Plan de cuidados de salud</i>		
10.8.7 Duración.	11	14
10.8.8 Personas significativas.	0	0
10.8.9 Intensidad	6	8
10.8.10 Complejidad.	18	23
10.8.11 Coste.	55	71
<i>Factores individuales.</i>		
10.8.12 Habilidades personales y de desarrollo.	0	0
10.8.13 Ideas sobre la salud, influencias culturales, valores espirituales.	1	1
10.8.14 Sistema de valores individual.	1	1
10.8.15 Conocimientos y habilidades relevantes para el régimen propuesto.	1	1
10.8.16 Fuerzas motivacionales.	9	12
<i>Sistemas de salud.</i>		
10.8.17 Continuidad y seguimiento regular del proveedor de los cuidados.	0	0
10.8.18 Satisfacción con los cuidados.	0	0
10.8.19 Credibilidad del proveedor de cuidados.	0	0
10.8.20 Relación entre el cliente y proveedor de los cuidados.	2	3
10.8.21 Acceso a los cuidados y conveniencia de estos.	0	0
10.8.22 Flexibilidad económica del plan.	0	0
10.8.23 Reembolso del proveedor de los cuidados por la enseñanza y seguimiento.	0	0
10.8.24 Cobertura sanitaria individual.	0	0
<i>Redes de soporte.</i>		
10.8.25 Implicación de los miembros en el plan de salud.	0	0
10.8.26 Percepción de las creencias de las personas significativas.	0	0
10.8.27 Valoración social del plan.	0	0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN