

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A

LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8723



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO
APLICADO A USUARIA ADULTA JOVEN, CON OBESIDAD
PRIMARIA GRADO II, DE TIPO GINOIDE.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A

MIRIAM ANDREA MÉNDEZ RODRÍGUEZ

NO. DE CUENTA: 409522743

ASESORA: LEO. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS

ZAMORA, MICHOACÁN; OCTUBRE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

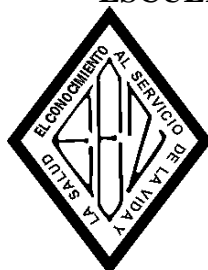


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.

INCORPORADA A

LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE 8723



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO
APLICADO A USUARIA ADULTA JOVEN, CON OBESIDAD
PRIMARIA GRADO II, DE TIPO GINOIDE.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

P R E S E N T A

MIRIAM ANDREA MÉNDEZ RODRÍGUEZ

NO. DE CUENTA: 409522743

ASESORA: LEO. ESPERANZA QUINTERO CISNEROS

ZAMORA, MICHOACÁN; OCTUBRE 2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy; por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, Ma. Elena Rodríguez Rodríguez y Rafael Méndez Zúñiga, les agradezco con amor y cariño, porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para aportar a mis enseñanzas y educación; sé que es la mejor herencia que me han dejado, quiero que sientan que el objetivo que hemos logrado, es también de ustedes y que la fuerza que me ayudó a conseguirlo, fue siempre su apoyo, ¡Gracias! han cumplido, termino un camino e inicio otro, de ahora en adelante la responsabilidad es mía.

A mi hermana, Sansui Adriana Méndez Rodríguez, el resultado que hemos logrado, no solamente es un motivo de satisfacción, si no que nos debe de impulsar para seguir trabajando y lograr el éxito al cien por ciento.

Alfonso R. Cruz Silva, le doy las gracias a la vida por haber colocado nuestros corazones en un mismo camino; porque siempre me das fortaleza y apoyo cuando más lo necesito.

A mi asesora, la LEO. Esperanza Quintero Cisneros, por haber aceptado apoyarme con este proyecto; aunque tuviera su agenda muy ocupada, nunca hubo un no por respuesta. Gracias, porque aparte de ser

una excelente maestra, es una enfermera y persona que siempre espera dar más.

A la Escuela de Enfermería de Zamora A.C., por tener ese nivel académico que siempre me motivo a ser una profesional de calidad y calidez, especialmente a todos los maestros y a la directora la madre Ignacia Escalera Mora, su esfuerzo por encaminarnos a todos por el buen sendero, por enseñarnos cada detalle, sin importar cuán pequeño fuera, porque bien sabían que hoy nosotros seríamos el fruto de su esfuerzo, personas preparadas, y con deseo de seguir adelante, ya que esta institución forma personas profesionales, humanas y competentes para el ámbito personal y de enfermería.

DEDICATORIA

A mi hermana, pilar importante en este trabajo, por haberme permitido trabajar con ella durante bastante tiempo y poner su confianza en mí, para realizar este proyecto y poder disfrutar el éxito juntas.

A mi familia, por siempre darme la confianza de salir adelante y estar conmigo en todo momento, dándome fuerza y valor para ser una profesional, porque ellos representan el camino que me guía y el pilar fundamental en mi vida.

Da gracias a Dios en todo, porque esta es la voluntad de Dios para con nosotros, en Cristo Jesús (1 Cor 5,18).

INDICE	PÁGINA
AGRADECIMIENTO	
DEDICATORIA	
INTRODUCCIÓN	10
APARTADO I	
1.1 JUSTIFICACIÓN	13
1.2 OBJETIVOS	16
❖ 1.2.1 Objetivo General	16
❖ 1.2.2 Objetivos Específicos	16
1.3 METODOLOGÍA	18
❖ 1.3.1 Tipo y diseño de estudio	18
❖ 1.3.2 Modelo de relación	18
❖ 1.3.3 Guías de valoración	18
❖ 1.3.4 Técnicas de trabajo	19
❖ 1.3.5 Entrevista	19
❖ 1.3.6 Exploración física	19
❖ 1.3.7 Recursos	19

APARTADO II

2.1 MARCO TEORICO	20
<i>2.1.1 Antecedentes históricos de enfermería</i>	20
❖ 2.1.1.1 Inicio del mundo cristiano	21
❖ 2.1.1.2 Alta edad media	23
❖ 2.1.1.3 Baja edad media	23
❖ 2.1.1.4 Mundo moderno	25
❖ 2.1.1.5 Nueva concepción de enfermería	26
❖ 2.1.1.6 Profesionalización del cuidado	26
<i>2.1.2 Definición de enfermería</i>	27
<i>2.1.3 Concepción de Florence Nightingale</i>	28
❖ 2.1.3.1 Las hermanas de la caridad en México en el siglo XIX; el origen de la enfermería actual	28
<i>2.1.4 Disciplina de enfermería en el momento actual</i>	29
❖ 2.1.4.1 El cuidado como objeto de la disciplina enfermera	30
<i>2.1.5 Paradigma de enfermería</i>	30
❖ 2.1.5.1 Paradigma de la categorización	32
❖ 2.1.5.2 Paradigma de la integración	33
❖ 2.1.5.3 Paradigma de la transformación	33

2.16 Proceso Atención de Enfermería	34
❖ 2.1.6.1 Antecedentes del Proceso de Atención de Enfermería	34
❖ 2.1.6.2 Concepto del Proceso de Atención de Enfermería	35
❖ 2.1.6.3 Etapas del Proceso Enfermero	37
❖ 2.1.6.3.1 Valoración	37
❖ 2.1.6.3.1.1 Obtención de datos	37
❖ 2.1.6.3.2 Diagnóstico	38
❖ 2.1.6.3.2.1 Tipos de diagnósticos de enfermería	40
❖ 2.1.6.3.2.2 Componentes de un diagnóstico enfermero	41
❖ 2.1.6.3.3 Planeación	42
❖ 2.1.6.3.4 Ejecución	43
❖ 2.1.6.3.5 Evaluación	44
2.1.7 Teórica Virginia Henderson	45
❖ 2.1.7.1 Biografía de Virginia Henderson	45
❖ 2.1.7.2 Teoría de Virginia Henderson	47
❖ 2.1.7.3 Afirmaciones teóricas	50
❖ 2.1.7.4 Diferencia de modelo y teoría	51
❖ 2.1.7.5 Paradigma de Virginia Henderson	53

2.1.8 <i>Obesidad</i>	56
❖ 2.1.8.1 Epidemiología	57
❖ 2.1.8.2 Etiología	57
❖ 2.1.8.3 Cuadro clínico	60
❖ 2.1.8.4 Diagnóstico	61
❖ 2.1.8.5 Complicaciones	63
❖ 2.1.8.6 Pronóstico y tratamiento	65

APARTADO III

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	68
❖ 3.1.1 VALORACIÓN	68
❖ 3.1.1.1 Historia Clínica	68
❖ 3.1.1.1.1 Valoración física	70
❖ 3.1.1.1.2 Valoración del estado emocional y Familiograma	71
❖ 3.1.1.2 Valoración en base a las necesidades de Virginia Henderson	72
❖ 3.1.1.3 Cuadro de datos significativos	78
❖ 3.1.2 DIAGNÓSTICO	87
❖ 3.1.2.1 Jerarquización de las necesidades afectadas según la pirámide de Abraham Maslow	91

❖ 3.1.3 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN	92
3.2 EVALUACIÓN GENERAL	110
3.3 CONCLUSIONES	112
3.4 SUGERENCIAS	115
3.5 BIBLIOGRAFÍA	116
3.6 ANEXOS	121

INTRODUCCIÓN

La obesidad ha sido observada en contextos diferentes en cada época. Durante siglos, fue vista como un sinónimo de belleza, poder y bienestar físico. Hoy en día, constituye un problema importante de salud pública en países occidentales con alto grado de industrialización, tanto por su impacto en la esperanza de vida, como en la calidad de ésta en etapas productivas.

El obeso, frecuentemente, es estigmatizado, y se le considera indolente y glotón; sin embargo, cada vez es más claro que, en muchas ocasiones, la obesidad puede tener un fondo genético.

El equilibrio energético es difícil de conseguir con el estilo de vida y el tipo de trabajo sedentario de nuestros días, que se caracterizan por un bajo consumo de energía y la abundancia de alimentos ricos en calorías. Comúnmente, el sobrepeso reduce el tiempo y la calidad de vida, así como la productividad del individuo.

Para el médico, la obesidad constituye un libro de medicina interna abierto, debido a las condiciones comórbidas que frecuentemente la acompañan. Existen muchos conceptos en relación a esta enfermedad, que desorientan a la sociedad y pueden producir desconcierto al personal de las áreas de salud.

Siempre ha existido propensión general entre médicos y enfermeras, a considerar a los obesos ya sean niños o adultos, como grandes comelones. Continuamente el individuo corpulento es increpado; muchas veces sus padres, hermanos, cónyuges, amigos,

profesores, e incluso médicos, los humillan. Las personas obesas son a menudo sospechosas y resentidas, y tienden a aislarse y deprimirse; no importa la manera en que otras personas las traten. La neurosis puede iniciar el aumento de peso, pero es fácil ver de qué modo los trastornos emocionales resultantes desencadenan un círculo vicioso.

Aunque muchos autores consideran a la obesidad como una enfermedad incurable, no se debe pensar en ella como una entidad única, ya que al ser heterogénea; el pronóstico es diferente, dependiendo de la etiología, por lo que el médico y la enfermera debe esforzarse en tratar ésta enfermedad, ya que, aun una disminución moderada de peso, disminuye significativamente la morbimortalidad, por lo que no debemos asumir una actitud nihilista con el paciente obeso.

Se han realizado avances notables en las últimas décadas, tanto en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos involucrados, como en el tratamiento con fármacos, terapia psicológica y el perfeccionamiento de nuevas técnicas quirúrgicas para la obesidad en los enfoques terapéuticos de este complejo síndrome.

En el trabajo se plasman tres apartados, los cuales están enfocados en las diferentes partes de este proyecto de titulación; en el apartado I, menciono lo relacionado con la justificación y los objetivos planteados en el Proceso Atención de Enfermería, teniendo como base un objetivo general que engloba los aspectos a lograr en el trabajo y con la usuaria.

Así mismo, el contenido del apartado II, se involucra lo referente al marco teórico en donde se toca temas acerca de los antecedentes históricos de enfermería, la definición como tal de la misma, los diversos paradigmas que se involucran con esta profesión. Se aborda al Proceso Atención de Enfermería desde una expectativa global para poder definir a este de la mejor forma.

Es importante mencionar a la teórica Virginia Henderson y los aspectos más importantes dentro de su teoría y paradigma. Se menciona la patología que la usuaria presenta, así como la historia clínica que se realizó con la finalidad de tener una valoración completa.

En el apartado III abordo la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, empleando las cinco etapas que contiene dicho proceso, hago referencia a la usuaria en todas las etapas. Por último se generan conclusiones y sugerencias en base a la realización del proyecto en general.

1.1 JUSTIFICACIÓN

La obesidad es uno de los trastornos más comunes en la práctica médica y entre los más frustrantes y difíciles de tratar. En los últimos 25 años, se tienen adelantos en el tratamiento de la obesidad y cambios importantes en los conocimientos de sus causas e implicaciones para la salud.

Más de 50% de la población de adultos, y casi un tercio de los niños y niñas en México, tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas, estaríamos hablando de un poco más de 32,671 millones, sin contar a los niños. Estas cifras alarmarían a cualquiera que fuere responsable del futuro económico y el bienestar de México. (Claudia P. Sánchez-Castillo, 2004)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado el padecimiento como “la epidemia del siglo XXI” a raíz de que algunos estudios han registrado el aumento de la frecuencia de la obesidad en la población de todas las edades y de que tal incremento no es exclusivo de los países económicamente desarrollados, como inicialmente se pensó, sino que afecta a otras naciones con menor desarrollo, como lo es el caso de México y del resto de países de América Latina. (Escudero, 2000)

De acuerdo a estimaciones de la OMS, México ocupa el segundo lugar mundial en obesidad en adultos, después de Estados Unidos. Mientras que en cuanto a la obesidad infantil México tiene el primer lugar (Instituto Nacional Salud Pública, 2009). La obesidad infantil tiene una repercusión negativa en si misma que influye en la morbilidad y mortalidad del adulto; es la infancia la época de vida que condicionará

en buena medida, el comportamiento en la edad adulta y la adquisición y mantenimiento de la obesidad, en otras palabras, es más probable que niños con sobrepeso se conviertan en adultos con obesidad. (INSP, 2013)

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de morbilidad y mortalidad en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles a esta enfermedad. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013)

Si hacemos una proyección al año 2030, por el solo crecimiento de la población y asumiendo que no hay cambios en los patrones de enfermedad, el aumento en la carga de enfermedad prácticamente se duplica. (CONAPO, 2004)

El Instituto Nacional de Salud Pública en el 2009, realizó un estudio encaminado a ver el porcentaje de la población masculina y femenina de acuerdo a cada entidad federativa, es decir a nivel nacional que presenta sobrepeso u obesidad. Rescatando los datos dirigidos propiamente al estado de Michoacán, se puede mencionar que a nivel nacional, tomando en cuenta 32 entidades, Michoacán se encuentra en el lugar 28 en hombres y 17 en mujeres en el grupo de edad de 5 a 11 años; en el grupo de 12 a 19 años los hombres están en el lugar 19 y las mujeres en el lugar 8; en el grupo de 20 años y más, se observó que los hombres se encuentran en el lugar 16 y las mujeres en el lugar 20 en

base a las 32 entidades tomadas en cuenta; es decir que la prevalencia mayoritariamente de sobrepeso y obesidad es en el sexo femenino. Ver anexo No. 2. (INSP, 2013)

Se considera que la obesidad en nuestro país es un problema de salud pública de gran magnitud, que tendrá implicaciones económicas, sociales y de salud, a mediano y largo plazo.

En el peor de los casos, si se espera que la persona costee su tratamiento, la proporción del gasto mensual en salud será de \$64.00 pesos, en la que incurre cada miembro de un hogar con 4.4 habitantes promedio, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto del INEGI. (INEGI, 2000)

Los gastos que se requieren para adquirir los medicamentos representan cuatro veces más la proporción del gasto mensual. Todo esto excluyendo los gastos hospitalarios de consultas médicas, así como exámenes de laboratorio y gabinete.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo general

Otorgar cuidados holísticos a una mujer adulta joven, con obesidad primaria grado II de tipo ginoide o periférica, por medio de la aplicación del Proceso Atención de Enfermería, fundamentado en las 14 necesidad de Virginia Henderson, con la finalidad de acrecentar su estado de salud, estilo y calidad de vida.

1.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Aplicar la guía de valoración en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson, con la finalidad de detectar las necesidades afectadas para la realización de diagnósticos y posteriormente, planes de cuidados enfermeros.

- ❖ Estructurar diagnósticos enfermeros en base a las necesidades que se observaron afectadas, dando prioridad a las que comprometen un grado de mayor dependencia de la usuaria.

- ❖ Elaborar planes de cuidados de enfermería, encaminados a mejorar las necesidades afectadas, así como involucrar a la familia en las intervenciones, para lograr la independencia de la usuaria.

❖ Emplear las actividades planeadas conforme a las intervenciones de enfermería, de forma progresiva y continua.

❖ Evaluar los cambios y avances generados por el plan de cuidados, así como reconocérselos a la usuaria.

1.3 METODOLOGÍA

1.3.1 Tipo y diseño de estudio

El trabajo es de tipo *descriptivo*; según el tiempo, es *retro prospectivo*, ya que se involucra información anterior y hechos a medida que ocurren; es *longitudinal* debido a que se miden varias veces los resultados obtenidos durante el proceso; y *analítico*, porque se establece una relación entre distintas variables.

1.3.2 Modelo de relación

Es un modelo que se guía por las 14 necesidades de Virginia Henderson, para lograr la validación de datos, se realizó mediante la aplicación de guías de valoración de la misma teórica que propone para desarrollar el Proceso Atención de Enfermería.

1.3.3 Guías de valoración

Se utilizó la guía de valoración, según Virginia Henderson, misma que se encuentra en el apartado de anexos No. 1 al final de este trabajo. La cual consiste en valorar a la usuaria por las 14 necesidades que establece esta teórica.

1.3.4 Técnicas de trabajo

Se abordó a la usuaria en forma directa para recolectar los datos dentro de la valoración e historia clínica, así como la exploración física, para completar la misma basándonos en aparatos y sistemas.

1.3.5 Entrevista

Se realizaron preguntas claras, concisas y precisas, en base a la guía de valoración, logrando la participación activa y dinámica de la usuaria, tomando en cuenta cada necesidad de forma individual, para determinar el grado de afectación de cada una de estas.

1.3.6 Exploración física

Se llevó a cabo la inspección, palpación, auscultación y percusión de la usuaria, de forma cefalocaudal y por sistemas, con la finalidad de que la valoración resultara más completa.

1.3.7 Recursos

Los recursos *humanos* en este caso serán, la usuaria, su familia, equipo de salud (nutrióloga) y enfermera; dentro de los recursos *financieros* los gastos económicos estarán a cargo de la realizadora del Proceso Atención de Enfermería; los recursos *materiales* que se utilizaron en este proceso fueron: computadora, libros, pizarrón, lapiceros, glucómetro, báscula, baumanometro, cinta métrica, tinta, impresora y hojas.

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 *Antecedentes históricos de enfermería*

El concepto de ayuda bajo el que se configuran “las prácticas de cuidados”, está inmerso, en un principio, dentro de la consideración de grupo, ya que el hombre primitivo se cree incapaz de subsistir disociado del mismo.

El origen de las prácticas de los cuidados debemos, pues, buscarlo en las actividades de alimentación y de conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrollaba la vida de los primeros hombres. (García & Martínez, 2007, pág. 69)

En la Grecia antigua, se efectuó el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional. Desde la Grecia Clásica, sólo recientemente ha vuelto a incorporarse el *logos* a la naturaleza de los, actualmente, “Cuidados de Enfermería”, a pesar de que la “inteligencia de las manos”, haya estado practicando los Cuidados desde el comienzo de la vida del hombre en el planeta. (Hernandez, 1995, pág. 62)

2.1.1.1 Inicio del mundo cristiano

❖ *Primeras cuidadoras*

Los primeros siglos de la Era Cristiana (abarca entre la caída del imperio Romano en occidente en el año 476 hasta la caída del oriente), conocieron el crecimiento continuo del fervor religioso en todo el mundo. Rápidamente florecieron congregaciones, hermandades y órdenes dedicadas al cuidado de los enfermos. Las primeras, fueron de mujeres, fundadas con el fin de realizar un trabajo social. Destacaron como más importantes: las diaconisas, las viudas, las vírgenes y las matronas.

❖ *Diaconisas*

Viene del griego *diaconía*, que significa servir o suministrar, en el sentido material y moral. Formaban un grupo de mujeres, de buena cuna y elevada posición social, pertenecientes a las familias más distinguidas. Aunque su ocupación principal estaba en relación con los ritos iniciáticos de las catecúmenas (mujeres que se preparaban para recibir el bautismo), también ejercían funciones de auxilio en los hogares más necesitados proporcionando a las familias más desatendidas dinero, ropas y cuidados. Las primeras diaconisas que se conocen, fueron Febe y Olimpia.

❖ *Viudas*

Llegaron a formar un grupo numeroso de mujeres, dedicadas a la asistencia de los enfermos y pobres. No eran viudas en el sentido

estricto, o sea, que no tenían que ser necesariamente mujeres cuyos maridos hubieran muerto. Se dedicaban a trabajar con los enfermos y los pobres, y más tarde, desempeñaron un papel importante en la creación de hospitales.

❖ *Vírgenes*

El papel que estas mujeres representaron no está tan claro, parece ser que fue un grupo más dedicado a labores eclesiales y ejercicios religiosos, que a tareas relacionadas con la práctica de la caridad entre los necesitados. (García & Martínez, 2007, pág. 70)

❖ *Matronas Romanas*

Marcela, fue la principal impulsora de este movimiento. Se preocupó de la formación de sus seguidoras en el cuidado del enfermo y ocupó tiempo entre el auxilio de los pobres, la atención de los enfermos y el estudio de las Escrituras.

Fabiola, en el año 394, aproximadamente, construyó en su palacio el primer hospital público cristiano en Europa, trabajando ella como cuidadora. Estos hospitales, que luego proliferaron, eran conocidos con el nombre de nosocomios, casas para enfermos.

Paula, se cree que fue la primera en diseñar un sistema de instrucción específico para mujeres dedicadas al cuidado. (García & Martínez, 2007, pág. 71 y 72)

2.1.1.2 Alta edad media

Comprende, aproximadamente, la primera mitad del periodo medieval, hasta el inicio del siglo XI, fundamentalmente fueron dos grupos los que se pueden considerar cuidadores de las personas enfermas: las mujeres de los señores feudales y, de forma más organizada, los monjes. (García & Martínez, 2007, pág. 75)

La mujer feudal, esposa del señor feudal tenía a su cargo, además de las labores propias de su sexo y condición, el cuidado de los enfermos de la hacienda, la curación empírica recaía casi por completo en sus manos. (García & Martínez, 2007, pág. 78)

Los monjes, en un principio no fueron creados para cuidar a los enfermos, atender a los huérfanos o amparar a los pobres. Con el paso del tiempo, el cuidado de los enfermos se convirtió en función y deber primordial de la comunidad monástica.

2.1.1.3 Baja edad media

Abarca aproximadamente la segunda mitad del período medieval. Los cuidados experimentaron la influencia de diversos acontecimientos, pues las condiciones de hacinamiento en que se vivía y el aumento consiguiente de la propagación de enfermedades, crearon la necesidad de establecer nuevos tipos de órdenes para la atención de los enfermos. A todas estas órdenes se les llamó Hospitalarias. Sus miembros se dividían en tres clases:

Los caballeros hombres que llevaban armas, protegían a los peregrinos y luchaban en las cruzadas, cuando no estaban en las batallas, ayudaban a cuidar enfermos.

Los sacerdotes, atendían las obligaciones religiosas en las iglesias, campamentos y hospitales. Los hermanos sirvientes, tenían como principal responsabilidad atender a los viajeros cansados y cuidar a los enfermos.

La influencia de las órdenes militares en la Enfermería ha sido decisiva. De ellas se ha heredado: la idea sobre la importancia de los uniformes, la necesidad de la organización de los servicios de enfermería de forma rígidamente jerarquizada, algunas directrices en cuanto a la manera de establecer y administrar los servicios hospitalarios. (García & Martínez, 2007, pág. 85)

En la baja edad media los hospitales se destinaron a cuidar a los enfermos pobres. Las salas eran muy espaciosas y la intimidad solía preservarse mediante el uso de cubículos. A finales del siglo XV, comenzaron a hacer su aparición los manicomios, con la misma estructura que los hospitales. Hasta entonces, el enfermo mental no era recogido. En estos hospitales, prácticamente no existieron médicos, aunque sí personal empírico como cirujanos y barberos. (García & Martínez, 2007, pág. 90)

2.1.1.4 Mundo moderno

Posiblemente, el aspecto más sobresaliente de este período (siglo XV A XVII) en lo relativo a la evolución de los cuidados, la presencia de las órdenes religiosas en la atención a los enfermos, continuó como en épocas pasadas.

Entre los cuidados que se describen por los cuidadores, se encuentran:

- * Los destinados a cubrir necesidades básicas (alimentación, eliminación, higiene y confort).
- * Las tareas técnicas, haciendo referencia a la vigilancia del estado de los enfermos, aplicación de ventosas, administración de jarabes, purgas y otras órdenes médicas.
- * La relación con los enfermos que incluía la conversación banal o de apoyo y las preguntas sobre su estado.

A partir del siglo XVII, se implementaron libros de registro de pertenencias, de entradas y salidas de enfermos, e incluso de control de la medicación. Por lo general, existía un libro de recetas de medicinas, donde el personal cuidador escribía las órdenes de médico y cirujanos, actividades que se pueden considerar dentro del apartado de trabajos de secretaría y escritura. (García & Martínez, 2007, pág. 112)

Las personal que en esta época se incorporaron al cuidado de los enfermos fueron en su mayoría mujeres de vida alegre, entregadas a la bebida y, frecuentemente, procedentes de cárceles. El interés de estas mujeres por instalarse en los hospitales como enfermeras, no fue otro que el de tener aseguradas la cama y la comida.

Tipos de cuidadores

Como en la época anterior, del mundo moderno, el personal cuidador lo forman los grupos seculares y las órdenes religiosas.

❖ ***Órdenes Religiosas:*** Durante un largo período de tiempo, los cuidados estuvieron en manos de religiosos, que imprimieron un carácter bien definido de asistencia de enfermería, que debía de realizarse por caridad y con amor de Dios. (García & Martínez, 2007, pág. 133)

2.1.1.5 Nueva concepción de enfermería

La transformación de la práctica enfermera tuvo lugar en el siglo XIX y parte del siglo XX. No obstante, en las primeras décadas del siglo XIX, se mezclaron diferentes tipos de cuidadores. Una parte, continuaron ejerciendo como enfermeras mujeres que hicieron que esta práctica se situara en el nivel más bajo que se conoce en la historia. Fue el inicio de la enfermería moderna y con él, la profesionalización de la actividad de cuidar. (García & Martínez, 2007)

2.1.1.6 Profesionalización del cuidado

Desde que Florence Nightingale estableciera la necesidad de la preparación específica de las enfermeras, hasta las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produce una interrupción en el desarrollo de la disciplina enfermera. A partir de estos años, surge la

enfermera investigadora como Virginia Henderson, que inicia estudios sobre los contenidos teóricos de la enfermería. (García & Martínez, 2007, pág. 2)

2.1.2 Definición de enfermería

La enfermería actual se define desde tres aspectos diferentes:

Sociológico: como la profesionalización de la actividad de cuidar.

Teórico- Filosófico: la primera que definió la enfermería, en 1860, fue Florence Nightingale, conceptualizándola como el acto de utilizar el ambiente del paciente para ayudarlo en su recuperación. Describe que la enfermería “es el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, la tranquilidad y la selección de la dieta y su administración, con el menor gasto de energía por el paciente”. (Nightingale, 1990)

De la práctica profesional: La Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que en 1980 describió el ejercicio profesional, como “El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”. Como se puede observar, la acción enfermera se diferencia de la actividad médica precisamente porque no trata las enfermedades, sino las respuestas que mantienen incómoda a la persona. (García & Martínez, 2007, pág. 162)

2.1.3 Concepción de Florence Nightingale

Supone la consideración de la Enfermería como una opción profesional, con un contenido específico por investigar, tal y como lo describe en su “obra cumbre”, donde dice:

“Yo creo, por el contrario, que los verdaderos elementos de la enfermería son casi desconocidos”. (Nightingale, 1990)

Aglutinó el contenido de los Cuidados de Enfermería, derivado de las órdenes religiosas, del voluntariado y de las incipientes escuelas de adiestramiento, e incorporó connotaciones militares y religiosas. Es suya la idea de una formación programada y sistemática, impartida por enfermeras de formación superior, alejadas de la ignorancia y desidia en que se habían instalado los cuidados en los siglos precedentes. (Martínez & Chamorron, 2011, pág. 136)

2.1.3.1 Las hermanas de la caridad en México en el siglo XIX; el origen de la enfermería actual

La enfermería, parte de la cultura occidental en el México colonial y más precisamente después de la Independencia, estuvo en manos de San Vicente de Paúl; realizó el primer programa que consistía en “mantener una forma de asociación católica, bien ordenada, que tuviera continuidad y que fuera abierta, es decir, donde pudieran entrar son diferencias ricos y pobres, hombres y mujeres, jóvenes y viejos, que atendieran a los enfermos y apoyaran a la comunidad frente a cualquier tipo de

emergencias de salud física y moral, de alimentación o guerra”. (Malvido & ENEO, 1992, pág. 186)

Las hermanas de la Caridad llegan a México en uno de los peores momentos de la historia del país (1844), durante el gobierno de Santa Anna; para entrar al país, requirieron de dictamen de Consejo de Estado, pues no se podían instalar en México ni como orden ni como Congregación, sino bajo el “compromiso” de dar servicio desinteresado en los Hospitales y casas de beneficencia. (Malvido & ENEO, 1992, pág. 189)

Desde el punto de vista de la enfermería moderna, fueron la clave de la organización, función que aun hoy día para bien o para mal fundamenta esa actividad. (Malvido & ENEO, 1992, pág. 194)

2.1.4 Disciplina enfermera en el momento actual

La enfermería es considerada una profesión que está construyendo su cuerpo disciplinar a partir de diferentes ramas del saber humano y a la vez, está aportando conocimientos a la ciencia. Una disciplina explica, porque describe, analiza y confiere conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas. (Hernandez, 1995, pág. 167)

2.1.4.1 El cuidado como objeto de la disciplina enfermera

El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos, riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado.

En definitiva, el cuidado es la causa o motivo de la acción profesional enfermera. Esta causa es la que debe ser percibida con claridad por los usuarios de los servicios que presta Enfermería en el contexto de la atención a la salud. Si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión.

La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas, sociológicas, etc. Para que los cuidados se presenten con esta profesionalidad, las enfermeras deben:

Entender al hombre de forma integral, tener bien clarificadas las acciones y metas, utilizar una metodología de trabajo, y basar las acciones en principios científicos. (Hernandez, 1995)

2.1.5 Paradigma de enfermería

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett, (1984) ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, como Flaskerud y Halloran (1980), que los conceptos de cuidado, persona, salud y entorno están presentes en los

escritos de Nightingale (1969). Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno, que se clarifica el campo de la disciplina enfermera. (KEROUAC, 2005, pág. 58)

En los años 80, el desarrollo en las teorías de enfermería fue el característico de los períodos de transición, del modelo de pre paradigma al de paradigma. Los paradigmas dominantes (modelos), proyectaban diversas perspectivas sobre la práctica de enfermería, la administración de ciencias, la investigación y los posteriores desarrollos técnicos, es decir, dirigían las actividades de una disciplina y como tal, fue aceptada por la mayoría de sus miembros. (KEROUAC, 2005, pág. 60)

La clasificación de los modelos de enfermería como paradigma, que aplicaba conceptos metaparadigmáticos como los de persona, entorno, salud y enfermería, contempla los trabajos en este campo de un modo que mejora la comprensión del desarrollo del conocimiento y arroja luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones cotempladas por estos paradigmas. En este sentido se presentan 3 paradigmas: categorización, integración y transformación, que a la vez se han fundamentado en las diferentes corrientes de pensamiento que han servido para orientar la disciplina de enfermería. (KEROUAC, 2005, pág. 65)

2.1.5.1 Paradigma de la categorización

En este paradigma los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestación simplificables. Este paradigma ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública, que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad, y una orientación centrada en la enfermedad, unida a la práctica médica.

Orientación hacia la salud pública: la necesidad de mejorar la salubridad y controlar las enfermedades infecciosas, caracteriza esta orientación. La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno, con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana, y el control de las condiciones sanitarias sanas. Las profesoras de enfermeras forman a las estudiantes para trabajar en el medio hospitalario, pero igualmente al lado de la familia en la comunidad. (KEROUAC, 2005, pág. 67)

Según Nightingale, la *salud* no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos. El *cuidado* es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal. (Nightingale, 1990)

Orientación hacia la enfermedad: Se sitúa en expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos

y de las técnicas quirúrgicas. Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, déficit o las incapacidades de la persona.

2.1.5.2 Paradigma de la integración

Este paradigma prolonga el paradigma de la categorización, reconociendo los elementos y manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Orientación hacia la persona: Según esta orientación, el **cuidado** va dirigida a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona, teniendo en cuenta sus percepciones y globalidad. La **persona** es un todo formado por la suma de cada una de sus partes, que están interrelacionadas, de ahí la expresión: la persona es un ser *bio-psico-socio-cultural-espiritual*. La **salud** y la **enfermedad** son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. El **entorno** está constituido por diversos contextos en el que la persona vive; las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos, y de reacciones de adaptación. (KEROUAC, 2005, pág. 68)

2.1.5.3 Paradigma de la transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo; según este paradigma, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede

parecer totalmente a otro. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura y un patrón único; es una unidad global en interacción recíproca. (KEROUAC, 2005, pág. 70)

2.1.6 Proceso atención de enfermería

2.1.6.1 Antecedentes del Proceso Atención de Enfermería

El proceso enfermero ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. “Hall en 1955 lo describió como un proceso distinto. Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963) desarrollaron un proceso de tres fases diferentes, que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de la década de los años 70, Blach (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976), añadieron la fase diagnóstica, dando lugar al proceso de cinco fases”. (Rodríguez, 2000, pág. 29)

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A), el proceso es considerado como estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad.

La aplicación del proceso enfermero es un requisito para el ejercicio de la enfermería profesional; sin embargo, todavía nos falta camino para recorrer en este terreno, el cual resulta desconocido para muchas compañeras, aún en nuestros días. (Rodríguez, 2000, pág. 31)

2.1.6.2 Concepto del Proceso Atención de Enfermería

Método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente orientados al bienestar del paciente.

Es *sistemático*, porque consta de cinco pasos o etapas (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación), aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente; en realidad, están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas durante las cuales se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a corto o largo plazo, resultados beneficiosos. (Ruiz, 2009, págs. 3,4)

Es *intencionado*, porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo; al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y de la propia enfermera(o). (Rodríguez, 2000, pág. 29)

Es ***dinámico***, podrá modificarse hacia atrás o adelante entre los distintos pasos del proceso, combinando en ocasiones distintas actividades para conseguir el mismo resultado final.

Es ***flexible***, porque puede aplicarse a diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.

Es ***humanista***, porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos de considerar los intereses, ideales y deseos únicos del consumidor de los cuidados de salud (la persona, la familia y la comunidad). (Alfaro, 1999, pág. 4)

Es ***interactivo***, por requerir de la interrelación humano- humano con el usuario para acordar y lograr objetivos comunes.

Es ***centrado en objetivos***, los pasos del proceso enfermero están diseñados para centrar la atención en la persona que demanda los cuidados de salud, para obtener los mejores resultados de la manera más eficiente. Los requerimientos específicos de documentación proporcionan los datos clave, que pueden estudiarse para optimizar los resultados en otras personas en situación similar. (Alfaro, 1999, págs. 4,5)

Puesto que el Proceso de Enfermería implica una actuación constante en todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos del paciente, no solo desde una dimensión física o biológica sino, también desde la perspectiva cultural y espiritual.

2.1.6.3 Etapas del proceso enfermero

2.1.6.3.1 Valoración

La etapa inicial del proceso de enfermería, de cuya correcta complementación depende en buena parte su desarrollo global, corresponde a la recogida de datos.

Mediante la recopilación de información, basada en la observación y la entrevista al paciente, así como en toda otra fuente disponible, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente al enfermo que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales.

En este paso de valoración, pues, se intenta averiguar tanto como sea posible, dentro de las limitaciones que imponga cada situación específica, sobre el propio paciente, su familia y su entorno, a fin de poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones.

2.1.6.3.1 Obtención de datos

La labor de recopilación y posterior análisis de datos se basa unas veces en la observación directa, ya sea en forma de signos clínicos, o bien de referencias verbales claras recogidas en el curso de la entrevista o la exploración, mientras que en otras ocasiones deriva de un proceso de deducción y referencias indirectas. Entre los datos a obtener, pueden diferenciarse unos que son objetivos, detectados rectamente por el

personal de enfermería; y otros que son subjetivos, facilitados por el propio paciente y dignos también de toda consideración.

En cualquier caso, la recogida de datos siempre supone un esfuerzo de comprobación, selección y clasificación, puesto que toda la información recabada, incluyendo la subjetiva, debe ser contrastable y admitida también por el resto del equipo de salud, que participe en la atención del paciente.

En la etapa de valoración, además de averiguar todo lo relacionado específicamente con el motivo de consulta, debe procurarse la obtención de datos que, a modo de sugerencia, recojan información sobre los siguientes ámbitos: información de carácter general, características personales hábitos, sistemas de apoyo, antecedentes personales y familiares, relacionados con la salud, estado físico, datos biológicos y psicosociales. (Ruiz, 2009, págs. 7,8)

2.1.6.3.2 Diagnóstico

La segunda fase del Proceso de Enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. Su finalidad consiste en determinar, con la mayor claridad posible y de manera concisa, el problema específico que presenta el paciente y las fuentes de dificultad que lo provocan. Se trata, de elaborar el diagnóstico de enfermería, punto prioritario para establecer la situación y las

necesidades del paciente, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos.

Gracias a esta fase del proceso, en definitiva, pueden sacarse conclusiones válidas acerca de los problemas que presenta el paciente y, consecuentemente, es posible diseñar un plan de atención adaptado a sus necesidades. Por otra parte, la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en el paciente o que el propio enfermo experimenta, los problemas actuales y los potenciales, aparentes y no aparentes, que permitan conformar un cuadro global de la situación.

Para ello, hay que considerar atentamente los hechos, comportamientos, signos y síntomas; identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; determinar el grado de autonomía del paciente; indagar las causas que provocan las dificultades que presenta el enfermo; establecer prioridades y prever posibles consecuencias. Siempre debe tenerse en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual), que se manifiesta a través de signos observables, directos o indirectos, resulta de utilidad para la formulación del diagnóstico de enfermería. (Ruiz, 2009, págs. 9,10)

2.1.6.3.2.1 Tipos de diagnósticos de enfermería

❖ *Diagnóstico enfermero real*

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales, que existen en un individuo, familia o comunidad. Está apoyado por características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas), que se agrupan en patrones de claves o inferencias relacionadas. (ANA, 2005)

❖ *Diagnóstico enfermero de promoción de la salud*

Juicio clínico sobre las motivaciones y deseos de una persona, familia o comunidad de aumentar su bienestar y actualizar su potencial de salud, que se manifiesta en su disposición para mejorar conductas de salud específicas, como la nutrición y el ejercicio. Los diagnósticos de promoción a la salud pueden usarse con cualquier estado de salud y no requieren ningún nivel específico de bienestar establecido. (ANA, 2005)

❖ *Diagnóstico enfermero de riesgo*

Describe respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales, que pueden desarrollarse en un individuo, familia o comunidad vulnerables. Está apoyado por factores de riesgo que contribuyen al aumento de la vulnerabilidad. (ANA, 2005)

2.1.6.3.2.2 Componentes de un diagnóstico enfermero

❖ *Etiqueta diagnóstica*

Proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificadores. (McCourt & Carroll, 1991, pág. 77)

❖ *Definición*

Proporciona una descripción clara y precisa; delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares. (McCourt & Carroll, 1991, pág. 77)

❖ *Características definitorias*

Claves o inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico real, de salud o promoción a la salud. (McCourt & Carroll, 1991, pág. 78)

❖ *Factores de riesgo*

Factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos, que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia, grupo o comunidad, ante un evento no saludable. (McCourt & Carroll, 1991, pág. 79)

❖ *Factores relacionados*

Factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes a, asociados con, relacionados con, contribuyentes a, o adyuvantes al diagnóstico. Sólo los diagnósticos enfermeros reales, tienen factores relacionados. (McCourt & Carroll, 1991, pág. 79)

2.1.6.3.3 Planeación

En esta fase, teniendo como base los datos recabados en la etapa de valoración y el diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar, en el curso de todo el proceso de enfermería. (Ruiz, 2009, pág. 8)

La fase de planificación requiere el establecimiento de un orden de prioridades entre las necesidades identificadas en el paciente, diferenciando los problemas actuales de los potenciales, y los comunes, de otros más raros. A partir de tal jerarquización, pueden estipularse los objetivos que deben perseguir los cuidados de enfermería, para solventar los problemas el paciente y suplir aquellos factores que él no puede llevar a cabo por sí mismo para satisfacer sus necesidades y resolver su

problema de dependencia. Tales objetivos pueden ser de muy diferente naturaleza: psicomotriz, cognitiva, afectiva, etc. Puede tratarse de objetivos a corto, a medio o a largo plazo, así como de objetivos circunstanciales o permanentes, según sean las características de cada caso.

Una vez establecido el orden de prioridades, se intenta determinar, con la máxima precisión posible, el conjunto de intervenciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. En este sentido, deben contemplarse las acciones que tendrá que realizar el personal de enfermería, para poder conseguir el bienestar del paciente y su mejoría, así como las acciones que deberán demandarse al propio enfermo y a sus familiares, asegurando la ayuda y las enseñanzas oportunas, en un intento de lograr la mayor independencia del enfermo. (Ruiz, 2009, págs. 8,9)

2.1.6.3.4 Ejecución

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuaciones elaborado previamente y cuya meta es la de conducir el paciente, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de sus necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sean las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el paciente, el equipo de enfermería y la familia del enfermo.

Dentro de lo posible, se intenta que sea el propio paciente, con la debida ayuda y supervisión, quien lleve a cabo el máximo de los

cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. En esta fase, la relación entre personal de enfermería y el paciente, adquiere su máxima significación. En este sentido, no sólo se debe tender a la resolución de los problemas de salud concretos del paciente, sino que también resulta fundamental conceder la debida atención a su dimensión como persona, incluyendo sus preocupaciones, temores y ansiedades. (Ruiz, 2009, pág. 9)

A lo largo de esta fase, el plan de actuaciones previo se utiliza sencillamente como guía, puesto que se continúa obteniendo información sobre el estado del paciente y su respuesta a las atenciones y ello puede imponer una modificación o complementación de las estrategias. Para que así pueda suceder, resulta fundamental registrar correctamente todas las prácticas implantadas, los resultados obtenidos y las respuestas del paciente ante su aplicación, dado que sólo de esta forma podrá evaluarse de manera idónea la eficacia del plan. (Ruiz, 2009, pág. 10)

2.1.6.3.5 Evaluación

La última fase del Proceso de Enfermería, la de evaluación, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente, y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos datos surgidos de la evolución del estado del paciente. Las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas,

pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de cuidados en beneficio del enfermo.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero a la par, pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones, o la modificación del plan establecido. Así, se complementa un proceso cíclico y continuo, poniendo en marcha un mecanismo de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería. (Ruiz, 2009, pág. 11)

2.1.7 Teórica Virginia Henderson

2.1.7.1 Biografía de Virginia Henderson

Virginia Henderson nació en 1897; fue la quinta de ocho hermanos. Natural de Kansas City, Missouri. Pasó su infancia en Virginia debido a que su padre ejercía como abogado en Washington D.C.

Durante la primera Guerra Mundial, desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918, ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service, de Nueva York. En 1929, trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. (Henderson, 1996, pág. 18)

Disfrutó de una larga carrera como autora e investigadora. La gran diferencia entre la enfermería de entonces y la de ahora es que "en aquellos tiempos utilizábamos nuestros sentidos. Ahora son las máquinas las que suplen estas funciones. Los médicos actuales no tocan a sus pacientes", se lamentaba.

Una de las grandes constantes que aparecen en los textos que ha escrito sobre su profesión, es la influencia de los avances tecnológicos en la enfermería. Explica que la tecnología puede llegar a deshumanizar cualquier aspecto de la vida y, según ella, "la vida es una mezcla de temas artísticos", lo que denomina *arte de vivir*. (Henderson, 1996, pág. 18)

En 1955, el Consejo Internacional de Enfermería, integrado por 97 países, adoptó la definición que Henderson realizó para definir cuál debe ser la función de las enfermeras. Según esta doctora *honoris causa*, por cinco universidades, el objetivo es "ayudar a los individuos enfermos o sanos a realizar aquellas actividades que él mismo realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios". Henderson ha sido enfermera de sí misma a lo largo de su vida. No tiene ningún secreto que justifique la vitalidad y energía que irradia a sus 91 años de edad. (Henderson, 1996, pág. 19)

Virginia Henderson en su libro **“Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”**, nos ofrece un desarrollo de la disciplina enfermera dentro de la corriente de la integración. Elaborando conceptos basados en teorías de otras disciplinas y en base a sus propias

experiencias. En definitiva, crea un modelo conceptual en Enfermería que aunque no lo reconoce, está influenciado por la jerarquización de las necesidades de “Abraham Maslow”.

En su obra comienza haciendo una definición de Enfermería. La define en términos funcionales, entiende que la función primaria es la de dar cuidados directos a la persona, sana o enferma, asistiendo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación. En momentos de agonía, hacer que sea lo más pacífica posible y contribuir de manera que ayude a ganar la independencia en la mayor brevedad posible. También señala como función, el ayudar al enfermo a seguir de la forma más adecuada, los tratamientos prescritos por el médico. (Henderson, 1996, pág. 19)

En cuanto al rol profesional, establece que la enfermera tiene funciones propias e independientes, y se interrelaciona con los miembros del grupo médico, en un papel de colaboración mutua. Esta definición introduce nuevos conceptos y una forma diferente de actuación, ya que hasta entonces, la función de la enfermera era meramente de asistencia a la enfermedad y auxiliar del médico.

2.1.7.2 Teoría de Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Pensaba que la práctica de la enfermería era

independiente de la práctica médica, y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias. Su filosofía se basa en el trabajo de:

a) Thorndike (psicólogo estadounidense); b) Sus experiencias como estudiante con la Henry House Visiting Nurse Agency; c) Su experiencia en enfermería de rehabilitación; y d) la conceptualización de la acción propia de la enfermería de Orlando.

Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería. Sus atribuciones incluyen la definición de enfermería, la determinación de las funciones autónomas de enfermería, la puesta de relieve de los objetivos de interdependencia para el paciente, y la creación de los conceptos de independencia. (Henderson, 1996, págs. 10,11)

Henderson hizo extraordinarias contribuciones a la enfermería durante sus 60 años como enfermera, profesora, escritora, e investigadora. En 1958, el Comité de Servicios de Enfermería del International Council of Nurses, le pidió que expusiera su definición de enfermería:

La función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación, (o a la muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios, y a

hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posible. (Henderson, 1996, pág. 16)

Henderson identificó 14 necesidades básicas, en las que se basa la atención de enfermería.

1. Oxigenación.
2. Nutrición e hidratación.
3. Eliminación.
4. Termorregulación.
5. Moverse y mantener una buena postura.
6. Descanso y sueño.
7. Uso de prendas de vestir adecuadas.
8. Higiene y protección de la piel.
9. Evitar peligros.
10. Comunicarse.
11. Vivir según sus creencias y valores.
12. Trabajar y realizarse.
13. Jugar y participar en actividades recreativas.
14. Aprendizaje.

Además, identificó tres niveles de relaciones enfermera-paciente, en los que la enfermera actúa como sigue:

- a) Sustituta del paciente.
- b) Colaboradora del paciente.
- c) Compañera del paciente.

A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe “meterse en la piel” de cada uno de sus pacientes, a fin de conocer qué ayudan necesitan. Aunque pensaba que las funciones de las enfermeras y los médicos se superponen, Henderson afirmaba que la enfermera trabaja en interdependencia con otros profesionales sanitarios y con el paciente, y utilizó un gráfico de sectores para ilustrar las contribuciones relativas de la enfermera, como miembro del equipo sanitario. (Raile & Marriner, 2011, págs. 55,56)

2.1.7.3 Afirmaciones teóricas

Enfermera paciente.- Henderson nos dice que la enfermera ha de adentrarse en el interior de cada paciente para saber no sólo lo que este desea, sino además, lo que necesita para mantenerse en vida o recobrar la salud.

“Es ella, temporalmente, la conciencia para el inconsciente; el apego a la vida para el suicida, la pierna para el amputado; los ojos para quien acaba de perder la vista; un medio de locomoción para el recién nacido; el conocimiento y la confianza para la joven madre; la voz de los que están demasiado débiles para hablar o se niegan a hacerlo y así sucesivamente”. (Henderson, 1996)

De aquí se pueden deducir tres niveles de relación clasificados desde una relación muy dependiente a una completamente independiente; sustituta, colaboradora y compañera.

Enfermera médico.- La enfermera tiene funciones propias, colabora con otros profesionales y no debe aceptar funciones delegadas si ello implica la pérdida de su propia función. Al mismo tiempo destaca la importancia de los planes de cuidados escritos e individualizados que siempre se organizan en torno al plan terapéutico.

“La enfermera ayuda al paciente a seguir el plan de tratamiento en la forma indicada por el médico. Por otra parte como miembro del grupo médico colabora con los demás miembros de este grupo, así como estos colaboran con ella en la planificación y ejecución de un programa global. Ningún miembro del grupo médico debe exigir de otro, actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.
(Henderson, 1996)

Enfermera equipo de salud.- La enfermera trabaja de forma independiente con respecto a otros profesionales de la salud. Todos se ayudan mutuamente para complementar el programa de cuidado al paciente pero no deben realizar tareas ajenas.

2.1.7.4 Diferencia de modelo y teoría

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la Enfermería. La diferencia entre modelo y teoría es el nivel de abstracción. Un modelo es un sistema abstracto de conceptos relacionados entre sí. Una teoría está basada en un modelo, pero está más limitada en el ámbito, contiene más

conceptos concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las premisas o hipótesis. (Raile & Marriner, 2011, pág. 55)

Modelo

Un modelo es una vía teórica de comprensión de un concepto o idea. Los modelos representan diferentes vías de aproximación a temas complejos. La implantación de un modelo, es una forma de enfocar una disciplina de manera inequívoca, que incluye un lenguaje común comunicable a otros. (Potter & Perry, 2005, pág. 89)

Teoría

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones, relaciones y suposiciones o propuestas, que proyectan una visión objetiva y sistemática de los fenómenos, diseñando relaciones específicas entre los conceptos, con finalidades descriptivas, explicativas, predictivas y/o descriptivas. La teoría ofrece a las enfermeras una perspectiva para considerar las situaciones del cliente, “una forma de organizar los datos”, y un método para analizar e interpretar la información. Permite a la enfermera planificar y poner en práctica los cuidados, con una finalidad concreta y de forma proactiva.

La aplicación de la teoría enfermera a la práctica, depende de los conocimientos enfermeros de la enfermera, y de los modelos teóricos interdisciplinarios, así como la forma sobre cómo se relacionan entre sí estos modelos. (Potter & Perry, 2005, págs. 88,89)

2.1.7.5 Paradigma de Virginia Henderson

Es un modelo de suplencia o ayuda. Parte del concepto de las necesidades humanas de Abraham Maslow. El paradigma se representa cuando señala el carácter integral del ser humano, pues para ella, es un todo complejo que presenta catorce necesidades fundamentales. (Fernández & Navarro, 2003, págs. 20,22)

El objetivo para Henderson es que el ser humano sea independiente lo antes posible.

Persona

El paciente debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. Porque la mente y el cuerpo de la persona son inseparables. La persona es capaz de aprender durante toda su vida. El paciente y la familia conforman una unidad. (García M. J., 2002, pág. 13)

Salud

La considera un estado de independencia o satisfacción adecuada de las necesidades. Enfermedad, por lo tanto, es un estado de dependencia motivadora para la insatisfacción o la satisfacción inadecuada de las necesidades. La salud es una cualidad de la vida y es básica para el correcto funcionamiento del organismo humano. (García M. J., 2002, pág. 14)

Independencia: Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con la edad, el sexo, la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada persona. No hay que confundirlo con autonomía: capacidad física e intelectual, que permite a la persona satisfacer sus necesidades mediante acciones que ella misma lleva a cabo.

Dependencia: Estado en el cual un sujeto no tiene desarrollado suficientemente, o inadecuado, el potencial del que dispone para satisfacer las necesidades básicas.

Entorno

El medio ambiente en que el individuo desarrolla su actividad: hogar, trabajo, escuela, hospital. Los individuos sanos pueden ser capaces de controlar su entorno físico inmediato, la enfermedad puede interferir en tal capacidad; por lo tanto las enfermeras deben proteger a los pacientes de lesiones producidas por agentes externos, mecánicos o físicos. (García M. J., 2002, pág. 15)

Rol de enfermería

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y

hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (Fernández & Navarro, 2003, págs. 8,9)

1. **Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. **Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo solo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. **Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente, desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia, su capacidad de autonomía.

En México tradicionalmente se venía prestado mayor atención a los problemas de desnutrición que a los de mala nutrición por exceso. Sin embargo, los cambios que el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual atraviesa, indican que la malnutrición por exceso también constituye ya un problema de salud pública importante.

En base al Proceso Atención de Enfermería aplicado a la usuaria, la patología o afectación principal es la obesidad, por lo cual hago mención de esta a continuación.

2.1.8 Obesidad

Acumulación excesiva de grasa corporal. La obesidad puede clasificarse de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) y Peso Relativo (PR), el IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad, se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2), el PR es el valor medio que se recomienda para una talla determinada, se calcula multiplicando el peso actual por cien entre el peso medio para la talla. (Mac Blacklow, 1973, pág. 1026)

El índice de mortalidad aumenta en proporción con el grado de obesidad: pesos relativos (PR) de 130%, se acompañan de un incremento de la mortalidad de 35%, y pesos relativos de 150%, del doble de mortalidad. En pacientes con obesidad “mórbida” (pero relativamente

menor a 200%) el aumento de la mortalidad, por lo general, es hasta 10 veces mayor. (Wolf AM, 1998)

La obesidad esencial resulta de una compleja interacción entre factores ambientales (dieta inadecuada, hábitos sedentarios, factores psicológicos y socioculturales), asociados a una predisposición genética con alteraciones en el gasto energético. Es la más frecuente y constituye más del 95% de los casos de obesidad clínica. (Cecil, 1977, pág. 720)

2.1.8.1 Epidemiología

Existe un aumento en la prevalencia de la obesidad en los individuos de 20 a 55 años, y más del doble en la prevalencia de obesidad entre las mujeres de un nivel socioeconómico más bajo, en comparación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más elevado. (Lawrance, 1998, pág. 1986)

2.1.8.2 Etiología

Se cree que el peso corporal está sujeto a una regulación psicológica y que la elevación del nivel regulador o “punto de ajuste”, es responsable de la obesidad. Esta teoría del punto de ajuste se acepta actualmente como explicación de la dificultad de las personas obesas para perder peso y mantener esa pérdida. (Mac Blacklow, 1973, pág. 1100)

Factores genéticos

La influencia de la herencia ayuda a entender por qué algunas personas son obesas y tienen dificultad para perder peso; no obstante, muchas personas obesas logran perder peso y mantener estas pérdidas, a pesar de la influencia genética debido a que existen también influencias muy importantes del entorno (incluyendo el tratamiento), sobre el peso corporal. Aún más, estos factores genéticos y ambientales, interactúan de tal forma que pueden facilitar la pérdida de peso. (Mac Blacklow, 1973, pág. 1102)

Factores sociales

La clase social en la que se nace es un potente factor de predicción inverso del peso corporal posterior en las mujeres, aparentemente en función del estilo percibido. Para los varones, la relación entre clase social y obesidad es menos clara (en ocasiones, inversa a la que se observa en las mujeres, y a veces, directa). En las sociedades en vías de desarrollo existe una relación directa intensa entre la clase social y la obesidad, probablemente como consecuencia de la disponibilidad de alimentos. (Mac Blacklow, 1973, pág. 1104)

Factores endocrinos metabólicos

Se asocian al desarrollo y mantenimiento de la obesidad, aunque es a menudo difícil determinar cuál es la causa y cuál es el efecto. Aun en esta situación, la causa próxima de la ganancia de peso es la misma: se consumen más calorías que en las que se gastan en forma de energía. (Mac Blacklow, 1973, pág. 1106)

Factores psicológicos

En la etiología de la obesidad, muchas de estas personas padecen trastornos emocionales. Se considera en la actualidad una consecuencia del menosprecio y la discriminación a las que se ven sometidas. (Mac Blacklow, 1973, pág. 1107) Parece probable que los hábitos de alimentación persistan más que la necesidad de los mismos. Así pues, el hábito se convierte en regulador del ingreso de alimentos y el apetito es siervo del deseo y no del hambre. En una magnífica revisión, Hamburger considera útil clasificar a los pacientes en cuatro grupos, a saber:

1. Comer en exceso, como reacción a tensiones emocionales inespecíficas.

2.- Comer en exceso, como satisfacción sustitutiva en situaciones intolerables de la vida.

3.- Comer en exceso como síntoma de enfermedad emocional subyacente, sobre todo, depresión e histeria.

4.- Comer en exceso en lo que podría considerarse adicción a la comida. (Chita, 2005, pág. 853)

Dos alteraciones del patrón alimentario que aparentemente están desencadenadas por el estrés y las alteraciones emocionales pueden contribuir a la aparición de obesidad en algunas personas: la bulimia, el síndrome de alimentación nocturna consiste en una anorexia matinal y

alimentación excesiva durante la noche, hiperfagia nocturna e insomnio.
(Lawrance, 1998, pág. 1988)

Actividad física

Los requerimientos calóricos son más bajos si se lleva una vida sedentaria, y los experimentos con animales sugieren que la inactividad física, contribuye a la obesidad también por un efecto paradójico en la ingesta alimentaria. (Chita, 2005, pág. 856)

2.1.8.3 Cuadro clínico

- * Aumento en el peso corporal y en la masa evidente de tejido adiposo.
- * Disminución de la capacidad respiratoria que puede producir disnea, incluso ante esfuerzos mínimos.
- * Alteraciones ortopédicas.
- * Dolor lumbar.
- * Artrosis.
- * Grandes callosidades en pies y talones.
- * Amenorrea e irregularidades menstruales.
- * Tensión arterial elevada.
- * Alteraciones de la piel.
- * Aumento de la sudación.

* Edema leve o moderado de pies y tobillos. (Cecil, 1977, págs. 723,725)

2.1.8.4 Diagnóstico

Puede cuantificarse por la medida del peso y la estatura, expresada cada vez más como índice de masa corporal (peso en kg dividido entre la altura en m²). (Mac Blacklow, 1973, pág. 1103) El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. Ideado por el estadístico belga, Quetelet; también se conoce como índice de Quetelet.

TABLA DE QUELET O ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49

Normal	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Otro método común para un diagnóstico más completo es el peso relativo, que es el peso corporal dividido entre el peso ideal x 100.

El Instituto Nacional de Salud define la obesidad como un peso relativo mayor de 120% (IMC >27.5 kg/m²), la obesidad leve es un peso

relativo de 120 a 140% (IMC 27.5 = 30 kg/m²), la moderada es un peso relativo de 140 a 200% (IMC 30 a 40 kg/m²), y la grave o mórbida es un peso relativo mayor de 200% (IMC >40 kg/m²). (Claudia P. Sánchez-Castillo, 2004)

2.1.8.5 Complicaciones

La obesidad abdominal causa complicaciones cardiovasculares; en particular, esta se caracteriza por la existencia de grasa visceral, se asocia a un riesgo muy elevado de cardiopatía isquémica y a tres de sus principales factores de riesgo: hipertensión y Diabetes Mellitus. (Cecil, 1977, pág. 735)

Enfermedades cardiovasculares

La obesidad no siempre incide sobre la patología cardiovascular, sino que actúa exacerbando otros factores de riesgo. Por cada aumento de 10% del peso corporal, la presión arterial sistólica se eleva 6.5 mm, el colesterol plasmático 12 mg/dl y la glucemia en ayunas, 2 mg/dl.

El riesgo relativo de hipertensión, definida como una presión sistólica >160 o diastólica >95, es tres veces mayor en el sujeto con sobrepeso que en el de peso normal. (Cecil, 1977, pág. 736)

Lípidos séricos

No todos los pacientes obesos presentan hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia y aunque la asociación de estos padecimientos no ha sido uniforme, en la obesidad es frecuente encontrar hipertrigliceridemia y en menor grado hipercolesterolemia. (Cecil, 1977, pág. 738)

Diabetes Mellitus tipo 2

La obesidad y la diabetes mellitus están estrechamente vinculadas, un incremento en el índice de masa corporal (IMC), y particularmente la obesidad del segmento superior, se asocian con aumento del riesgo de la aparición de diabetes en ambos sexos.

El 70 a 80% de los pacientes con DM tipo 2 son obesos; más del 60% de éstos con obesidad severa, eventualmente desarrollarán DM tipo 2. (Cecil, 1977, pág. 739)

Complicaciones ortopédicas

Las articulaciones más afectadas son aquellas que soportan peso. Una de ellas es la rodilla, habiéndose constatado la correlación entre el peso corporal y la gonartrosis radiológica; por alguna razón no conocida, esto ocurre más frecuentemente en el sexo femenino. En la columna, el sobrepeso contribuye a las anomalías estáticas como escoliosis, cifosis, hiperlordosis, etc. (Cecil, 1977, pág. 740)

2.1.8.6 Pronóstico y tratamiento

El pronóstico de la obesidad es malo; sin tratamiento, tiende a progresar, puede causar complicaciones; en el 50% de los pacientes sometidos a tratamiento médico, aparecen síntomas de ansiedad y depresión. (Cecil, 1977, pág. 740)

Asesoría nutricional

El objetivo de todo tratamiento para la obesidad radica en establecer un déficit calórico, reduciendo el número de calorías ingeridas en forma de alimentos por debajo del número de calorías gastadas como energía, que pueda ser tolerado con seguridad y bienestar.

La modificación del comportamiento ha logrado una mejoría moderada en el mantenimiento de la pérdida de peso tras el tratamiento. Los resultados en los seguimientos a un año son razonablemente buenos; no obstante, a los tres años, la mayoría de los pacientes han recaído, a no ser que hayan seguido otros programas de tratamiento. El “estar a dieta” debe sustituirse por el cambio de hábitos a largo plazo; en los últimos años, en los ambientes psicológicos se ha criticado incluso el concepto de estar a dieta. El hecho de comenzar una dieta implica dejarla y la reanudación de los viejos hábitos alimentarios. (Cervera, 2006, págs. 301,302)

Para que un tratamiento dietético tenga éxito, es necesario que las modificaciones introducidas se consideren no como cambios a corto plazo, sino como intervenciones nutricionales a largo plazo.

Por tanto, la asesoría nutricional consiste en que este tipo de intervención requiere modificaciones conductuales y de estilo de vida que faciliten la pérdida ponderal y que también prevengan la recuperación del peso. (Cervera, 2006, págs. 304,305)

Tipos de dieta

Dieta hipocalórica (800- 1500 kcal/día). Con una composición equilibrada de proteínas, grasas e hidratos de carbono.

Dieta de muy bajo contenido calórico (<600 kcal/día). Estas dietas suelen permitir descensos de hasta 3 kg/semana debido a pérdida de líquido y nada de masa muscular. Esta dieta está indicada en pacientes obesos con un IMC > 30 refractario a la dieta hipocalórica y no debe utilizarse durante períodos superiores a 4 semanas. (Cervera, 2006, pág. 305)

Actividad física y ejercicio

Forma parte del cambio de estilo de vida necesario para que la intervención dietética pueda facilitar la pérdida de peso. La actividad física parece particularmente útil para prevenir ganancia ponderal

después de la pérdida de peso, produce beneficios metabólicos y psicológicos, incrementando la sensación de bienestar. (Saunders, 2000, págs. 310,311)

Asesoría psicológica

La modificación de la conducta y otras técnicas psicológicas son benéficas en cualquier programa de control de peso porque las personas aprenden nuevos modos de enfrentar viejos hábitos. (Saunders, 2000, pág. 312)

3.1 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1.1 VALORACIÓN

3.1.1.1 Historia clínica

Usuaría femenina con inicial SAMR de 24 años de edad, con fecha de nacimiento del 05 de Julio del 1988, originaria y residente de Zamora, Michoacán.

Al realizar somatometría se observaron los siguientes datos:

Su peso es de 112.200 kg, talla 1.70 m. Signos vitales: Frecuencia Cardíaca de 77 latidos / minuto, Frecuencia Respiratoria de 24 Respiraciones / minuto, Temperatura Corporal de 36.4° C, Tensión Arterial de 120/79 mmHg.

En el interrogatorio, se recaudaron diversos datos:

MOTIVO DE CONSULTA

PADECIMIENTO ACTUAL. Presenta obesidad primaria grado II, de acuerdo al IMC 38.82 Kg/m², de tipo ginoide o periférica.

AHF. Abuela paterna finada por metástasis con foco cérvicouterino; abuelo materno finado por metástasis con foco en páncreas; abuela materna hipertensa con 15 años de evolución y con Alzheimer; madre

hipertensa con 4 años de evolución; padre con asma de 10 años de evolución.

APNP. Actualmente se encuentra desempleada, estado civil soltera, de religión católica, habita con su familia la cual la componen padre, madre y hermana menor, vive en zona urbana, en su calle si hay pavimento y cuenta con todos los servicios intradomiciliarios y zoonosis positiva (7 perros). Grupo de sangre O Rh positivo; refiere tener el esquema de vacunación incompleto, con falta de refuerzo de toxoide tetánico y vacuna hepatitis B, toxicomanías y transfusiones sanguíneas interrogadas y negadas.

AGO. Menarca a los 8 años, período menstrual de 30 días irregular con amenorreas, 7 días con sangrado activo, dismenorrea, no hay inicio de vida sexual activa, realiza autoexploración mamaria cada mes.

APP. Dermatitis atópica a los 7 días de nacida; rubéola a los 3 años, varicela a los 3 años 6 meses y sarampión a los 4 años, amigdalectomía a los 4 años 6 meses, neurodermatitis a los 5 años, infección de vías urinarias a los 6 años, pielonefritis a los 18 años, cefaleas y migraña recurrentes, dislipidemia a los 22 años, con tratamiento de Pravastatina, Losartán por cifras elevadas de presión arterial y tratamiento para insomnio, afirma no tener alergias a ningún alimento o medicamento.

3.1.1.1.1 Valoración física

Presenta un buen aspecto, manifestado por buena coloración de piel y tegumentos, cabello con buena implantación y brillante, cejas con aspecto normal; refiere tener problemas de visión a distancia y no acudir al oftalmólogo; en las orejas no presenta ninguna anomalía; en la nariz menciona no tener problemas; su cavidad oral se observa hidratada, presencia de todas las piezas dentarias, se encuentran caries en segundo y tercer molar inferior, refiere no acudir al dentista regularmente; el cuello está aparentemente sano, presenta un buen llenado capilar de 1 a 2 segundos, uñas cortas y limpias. El abdomen se encuentra blando y sin dolor a la palpación.

En extremidades pélvicas, no se observa anomalía aparente, solamente en pies y dedos micosis debido a humedad.

Sistema respiratorio: disnea de esfuerzo, frecuencia respiratoria normal, sin compromiso de vías respiratorias.

Sistema cardiovascular: disnea de esfuerzo, cifras elevadas de presión al estar bajo estrés, ligero edema de extremidades inferiores al caminar demasiado.

Sistema musculoesquelético: no se observan alteraciones.

Sistema digestivo: apetito normal, disminuido al estrés y aumentado cuando no se realiza ninguna actividad, intolerante a la lactosa.

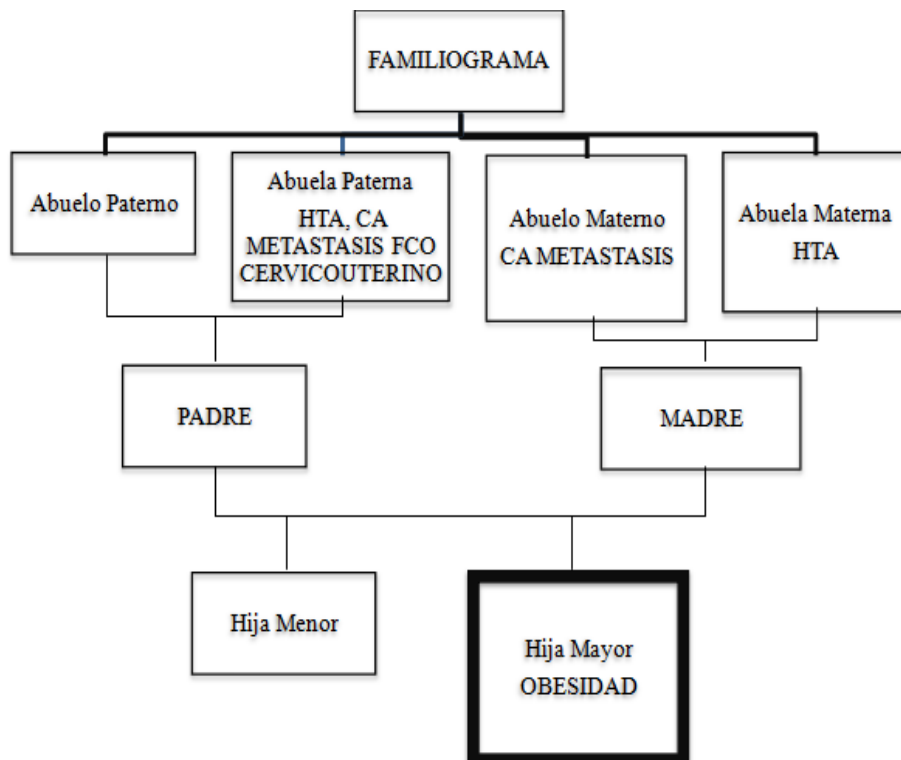
Sistema genitourinario: sin molestia alguna.

Sistema endocrino: amenorreas, sudoración excesiva.

Sistema neurológico: cefalea y migraña.

3.1.1.1.2 Valoración del estado emocional y familiograma.

Manifiesta estar estresada por desempleo, y menciona no sentirse satisfecha consigo misma por su estado físico, así como por su apariencia al momento de vestir, así mismo refiere querer realizar un cambio en su estilo de vida, menciona “que le costará trabajo, pero lo intentará”.



3.1.1.2 Valoración en base a las necesidades de Virginia Henderson.

1.- Oxigenación

Presenta eupnea con una frecuencia respiratoria en rangos normales 24 respiraciones por minuto, refiere disnea de esfuerzo debido a la obesidad, presenta un llenado capilar de 1 a 2 segundos y movimiento abdominal al respirar. Frecuencia cardiaca de 77 pulsaciones por minuto y Tensión Arterial de 120/79 mmHg, menciona que al caminar demasiado presenta edema en miembros inferiores y con la exposición al frío cianosis distal.

2.- Nutrición e hidratación

Se observa piel hidratada, cabello con buena implantación, su cavidad oral se encuentra en mal estado ya que tiene algunas piezas dentarias con caries, encías y lengua rosadas. Su peso es de 112.200 kg y su talla 1.70 mts su IMC 38.

La dieta de la usuaria suele ser de 4 comidas diarias siendo estas de mala cantidad y calidad, su ingesta semanal se basa en carnes rojas 4/7 , pollo 3/7, pescado 0/7, verduras 4/7, frutas 3/7, leguminosas (frijoles y arroz) 7/7, tortillas 7/al día, pan 2/día, y lácteos 4/7, refiere tomar aproximadamente 2 litros de agua diario, refresco 1 o 2 veces por semana, consume 5/7 alimentos cosidos y 2/7 fritos, su horario de comida es: desayuno 10 am, comida de 2:30 a 3:00 pm y cena de 8:00 a

9:00 pm, menciona comer en lugares clandestinos, refiere no tener alergias a ningún tipo de alimento pero ser intolerante a la lactosa de la leche, los alimentos que prefiere consumir son pastas y harina, entre comidas come dulces, papas, galletas, verduras, su masticación es rápida, señala sentirse satisfecha después de comer. No presenta problemas para masticar ni deglutir.

3.- Eliminación

Refiere evacuar 2 a 3 veces al día y la consistencia de las heces suele ser de blandas, de color marrón en cantidad abundante, de olor fuerte, menciona diarrea no habitual, micción 5 a 6 veces al día, en moderada cantidad, no presenta dolor al miccionar ni evacuar. Presenta abdomen blando sin dolor al palpar. Ciclo menstrual irregular con amenorreas frecuentes metrorragia de 7 días con sangrado abundante, su síndrome premenstrual se acompaña de cefalea y edema en senos y dismenorrea. Refiere sudoración abundante y de olor débil.

4.- Termorregulación

Mantiene una temperatura estable y en valores normales 36.4°C axilar. Se observa piel rosada y cianosis en uñas por el frío. No se acopla a cualquier tipo de clima. Siendo de preferencia el clima frío.

5.- Moverse y mantener una buena postura

Se encuentra consciente, tiene una fuerza muscular normal. Su capacidad física cotidiana es caminar de lunes a viernes de 30 a 40 minutos. Mantiene todas las posturas por sí sola.

6.- Descanso y sueño

Su horario de sueño es de 10 horas por la noche, duerme siesta por la tarde de 30 min a 1 hora, refiere que su horario para dormir es de 12 a 1 am a 9 o 10 am. El hábito que tiene ligado al sueño es la lectura, menciona sentirse descansada al despertar, se observan diálogos durante el sueño, y menciona antecedentes de insomnio donde mantuvo tratamiento médico para dormir hace 3 años. Presenta malos hábitos de sueño.

7.- Uso de prendas de vestir adecuadas

Su forma de vestir es de acuerdo a su edad y condición, refiere vestirse como a ella le gusta y no presenta problemas para vestirse y desvestirse sola, cambia su ropa diariamente no de acuerdo al clima o temporada por motivos de autoestima se cubre demasiado.

8.- Higiene y protección de la piel

Su estado de piel es bueno, hidratado y flexible, se observan caries en segundo y tercer molar, así como en miembros inferiores pie de atleta o micosis interdigital.

Realiza baño diario de preferencia por las mañanas con duración de 15 minutos, utiliza jabón de tocador, shampoo, menciona lavarse los dientes 3 veces al día, y utilización de hilo dental. Nariz, ojos y orejas limpias y aparentemente sanas, cabello con buena implantación medio-largo aspecto brillante y sano, uñas limpias y cortas. Menciona lavarse las manos siempre antes de comer.

9.- Evitar peligros

Mantiene un entorno familiar y social seguro, refiere conocer las medidas preventivas para incendio, temblor, etc., así como normativas legales, suele estar en contacto con aire con humo por quema de basura y fertilizantes, dentro de su inmunidad tiene el esquema de inmunización incompleto debido a la falta de refuerzo de Toxoide Tetánico y Hepatitis B. Mantiene un grado de estrés debido a falta de trabajo. Realiza autoexploración mamaria cada mes.

10.- Comunicarse

Estado civil soltera, vive con sus padres y hermana, su rol social es de hija mayor, mantiene comunicación verbal y no verbal sin ninguna limitación, manifiesta necesidades pero las que más le cuesta expresar son las emocionales, la mayoría de su tiempo esta acompañada, mantiene 4 sentidos íntegros excepto la vista ya que refiere no poder ver a distancia.

11.- Vivir según sus creencias y valores

De religión católica, no asiste a misa o reuniones religiosas, no tiene objetos de pertenencia a su religión, mantiene educación y valores, mencionando como principales honestidad, compromiso y respeto, siendo congruente con su forma de pensar y actuar.

12.- Trabajar y realizarse

Actualmente se encuentra desempleada lo cual le produce estrés, se encuentra satisfecha con el rol familiar que juega, no mantiene limitaciones para actividades de realización. Se dedica a trabajar de forma particular. Los objetos que utiliza para sus actividades de trabajo con computadora, celular e instrumentos de dibujo.

13.- Jugar y participar en actividades recreativas.

En su tiempo libre le gusta ver televisión, escuchar música, estar en internet, leer, dibujar y compartir tiempo con su familia. No practica ningún deporte o actividad física. No mantiene limitaciones físicas para actividades recreativas.

14.- Aprendizaje

Su grado de escolaridad es de Licenciatura terminada, no presenta problemas de aprendizaje, se encuentra satisfecha con lo que es profesionalmente, su memoria a corto y largo plazo son buenas. Conoce su estado de salud, así como sus diagnósticos: hipertensión, migraña y nerviosismo, desconoce de los medios terapéuticos a seguir pero se muestra interesada en conocerlos y aplicarlos.

3.1.1.3 Cuadro de datos significativos

1.- OXIGENACIÓN

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Refiere disnea de esfuerzo debido a la obesidad; presenta un llenado capilar de 1 a 2 segundos y movimiento abdominal al respirar. Frecuencia cardíaca de 77 pulsaciones por minuto y Tensión Arterial de 120/79 mmHg; menciona que al caminar demasiado presenta edema en miembros inferiores y con la exposición al frío cianosis distal.	Parcialmente dependiente

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<p>Cavidad oral se encuentra en mal estado ya que tiene algunas piezas dentarias con caries. Su peso es de 112.200 kg y su talla 1.70 mts su IMC 38 Kg/m². La dieta de la usuaria suele ser de 4 comidas diarias siendo estas de mala cantidad y calidad; su ingesta semanal se basa en carnes rojas 4/7, pollo 3/7, pescado 0/7, verduras 4/7, frutas 3/7, leguminosas y cereales (frijoles y arroz) 7/7, tortillas 7/al día, pan 2/día, y lácteos 4/7, refiere tomar aproximadamente 2 litros de agua diario, refresco 1 o 2 veces por semana, consume 5/7 alimentos cosidos y 2/7 fritos, su horario de comida es: desayuno 10 am, comida de 2:30 a 3:00 pm y cena de 8:00 a 9:00 pm, menciona comer en puestos ambulantes; refiere no tener alergias a ningún tipo de alimento pero ser intolerante a la lactosa de la leche, los alimentos que prefiere consumir son pastas y harina; entre comidas come dulces, papas, galletas,</p>	<p>Parcialmente dependiente.</p>

verduras, su masticación es rápida.	
-------------------------------------	--

3.- ELIMINACIÓN

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<p>Refiere evacuar 2 a 3 veces al día y la consistencia de las heces suele ser blanda, de color marrón en cantidad abundante, de olor fuerte, menciona diarrea no habitual, micción 5 a 6 veces al día, en moderada cantidad, no presenta dolor al miccionar ni evacuar. Presenta abdomen blando sin dolor al palpar. Ciclo menstrual irregular con amenorreas frecuentes metrorragia de 7 días con sangrado abundante; su síndrome premenstrual se acompaña de cefalea y edema en senos. Dismenorrea. Refiere sudoración abundante y de olor débil.</p>	<p>Parcialmente dependiente.</p>

6.- DESCANSO Y SUEÑO

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Su horario de sueño es de 10 horas por la noche, duerme siesta por la tarde de 30 minutos a 1 hora, refiere que su horario para dormir es de 12 a 1 am a 9 o 10 am. El hábito que tiene ligado al sueño es la lectura, menciona sentirse descansada al despertar, se observan diálogos durante el sueño, y menciona antecedentes de insomnio donde mantuvo tratamiento médico para dormir hace 3 años. Presenta malos hábitos de sueño.	Parcialmente dependiente.

7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Su forma de vestir es de acuerdo a su edad y condición; refiere vestirse como a ella le gusta y no presenta problemas para vestirse y desvestirse sola, cambia su ropa	Parcialmente dependiente.

<p>diariamente no de acuerdo al clima o temporada; por motivos de autoestima se cubre demasiado.</p>	
--	--

8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<p>Realiza baño diario preferentemente por las mañanas con duración de 15 minutos, utiliza jabón de tocador, shampoo, menciona lavarse los dientes 3 veces al día, y utilización de hilo dental. Nariz, ojos y orejas limpias y aparentemente sanas, cabello con buena implantación de longitud corta aspecto brillante y sano, uñas limpias y cortas. Menciona lavarse las manos siempre antes de comer. Se observan caries en segundo y tercer molar, así como en miembros inferiores pie de atleta o micosis interdigital.</p>	<p>Parcialmente dependiente.</p>

9.- EVITAR PELIGROS

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Mantiene un entorno familiar y social seguro, refiere conocer las medidas preventivas para incendio, temblor, etc., así como normativas legales, suele estar en contacto con aire y humo por quema de basura y fertilizantes, dentro de su protección inmunológica tiene el esquema de vacunación incompleto debido a la falta de refuerzo de Toxoide Tetánico y Hepatitis B. Mantiene un grado de estrés debido a falta de trabajo.	Parcialmente dependiente.

10.- COMUNICARSE

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Estado civil soltera, vive con sus padres y hermana, su rol social es de hija mayor, mantiene comunicación verbal y no verbal	Parcialmente dependiente.

<p>sin ninguna limitación, manifiesta necesidades pero las que más le cuesta expresar son las emocionales, la mayoría de su tiempo está acompañada, mantiene 4 sentidos íntegros excepto la vista, ya que refiere no poder ver a distancia.</p>	
---	--

11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
<p>De religión católica, no asiste a misa o reuniones religiosas, no tiene objetos de pertenencia a su religión, mantiene educación y valores, mencionando como principales; honestidad, compromiso y respeto, siendo congruente con su forma de pensar y actuar.</p>	<p>Independiente.</p>

12.- TRABAJAR Y REALIZARSE

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Actualmente se encuentra desempleada lo cual le produce estrés; se encuentra satisfecha con el rol familiar que juega, no mantiene limitaciones para actividades de realización. Se dedica a trabajar de forma particular. Los objetos que utiliza para sus actividades de trabajo con computadora, celular e instrumentos de dibujo.	Parcialmente dependiente.

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
En su tiempo libre le gusta ver televisión, escuchar música, estar en internet, leer, dibujar y compartir tiempo con su familia. No práctica ningún deporte o actividad física. No mantiene limitaciones físicas para actividades recreativas.	Parcialmente dependiente.

14.- APRENDIZAJE.

<i>DATOS SIGNIFICATIVOS</i>	<i>GRADO DE CONDICIÓN</i>
Su grado de escolaridad es de Licenciatura terminada; no presenta problemas de aprendizaje, se encuentra satisfecha con lo que es profesionalmente, su memoria a corto y largo plazo son buenas. Conoce su estado de salud, así como sus diagnósticos: hipertensión, migraña y nerviosismo, desconoce de los medios terapéuticos a seguir pero se muestra interesada en conocerlos y aplicarlos.	Parcialmente dependiente.

3.1.2 DIAGNÓSTICO

1.- OXIGENACIÓN

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 2: Actividad/ ejercicio.

Sedentarismo (00168) relacionado con falta de interés, manifestado por demostrar falta de condición física. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 130)

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Dominio 2: Nutrición.

Clase 1: Ingestión.

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por factores biológicos (IMC 38 Kg/m², amenorrea) y psicológicos (baja autoestima, falta de aceptación personal). (NANDA, International, 2009-2011, pág. 76)

2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Dominio 2: Nutrición.

Clase 4: Metabolismo.

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) relacionado con aporte dietético, aumento de peso, nivel de actividad física y estado de salud física. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 81)

6.- DESCANSO Y SUEÑO

Dominio 4: Actividad/ reposo.

Clase 1: Sueño/ reposo.

Insomnio (00095) relacionado con higiene del sueño inadecuada y siestas frecuentes durante el día, manifestado por expresión verbal de dificultad para conciliar el sueño. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 116)

7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Dominio 6: Auto percepción.

Clase 2: Autoestima.

Baja autoestima situacional (00120) relacionado con alteración de la imagen corporal y falta de reconocimiento, manifestado por verbalizaciones y conductas de negación de sí mismo. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 192)

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Dominio 11: Seguridad/ protección.

Clase 2: Lesión física.

Deterioro de la dentición (00048) relacionado con hábitos dietéticos e higiene oral ineficaz, manifestado por caries en segundo y tercer molar. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 308)

10.- COMUNICACIÓN

Dominio 6: Autopercepción

Clase 1: Autoconcepto

Desesperanza (00124) relacionado con estrés de larga duración, deterioro del estado fisiológico, manifestado por disminución en la expresión de las emociones, trastorno del patrón del sueño y claves verbales de pesimismo. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 182)

14.- APRENDIZAJE

Dominio 1: Promoción de la salud.

Clase 2: Gestión de la salud.

Gestión ineficaz de la propia salud (00078) relacionado con complejidad del régimen terapéutico, manifestado por fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, y realizar elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 64)

3.1.2.1 Jerarquización de las necesidades afectadas según la pirámide de Abraham Maslow.

<i>NECESIDAD DE VIRGINIA HENDERSON</i>	<i>NECESIDAD DE ABRAHAM MASLOW</i>
Nutrición e hidratación	Fisiológicas
Descanso y sueño	Fisiológicas
Oxigenación	Fisiológicas
Eliminación	Fisiológicas
Higiene y protección de la piel	Fisiológicas
Evitar peligros	Seguridad
Aprendizaje	Seguridad
Comunicarse	Sociales
Uso de prendas de vestir adecuadas	Reconocimiento y autoestima
Trabajar y realizarse	Autorrealización
Jugar y participar en actividades recreativas	Autorrealización

3.1.3 PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN

Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001) relacionado con aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas, manifestado por factores biológicos (IMC de 38 Kg/m², amenorrea) y psicológicos (baja autoestima, falta de aceptación personal). (NANDA, International, 2009-2011, pág. 76)

Objetivo general.- Reducirá peso corporal e IMC.

Objetivo específico.- La usuaria disminuirá el aporte de calorías en su ingesta diaria y aumentará la actividad metabólica por medio del ejercicio, semanalmente.

3.- INTERVENCIÓN: Enseñanza y asesoría nutricional.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Informar la importancia acerca de una dieta de acuerdo a sus necesidades.	La educación nutricional y el consejo son importantes para los clientes con dietas, con el fin de prevenir la enfermedad y promocionar la salud. (Potter & Perry, 2005, pág. 1346)	Se logró concientizar a la usuaria acerca de la importancia de llevar un plan de alimentación diario.
Asesoría nutricional para establecer un plan dietético:	La colaboración con un dietista cualificado asegura planes de nutrición apropiados. (Potter & Perry,	Se canalizó con una nutrióloga la cual la valora en base a su alimentación así como

<p><i>Ver Anexo No. 3</i></p> <p>Animar al usuario a disminuir la ingesta de azúcares, incluyendo bebidas alcohólicas, postres y caramelos.</p>	<p>2005, pág. 1347)</p> <p>Consumir cantidades excesivas de fructosa, utilizada para endulzar refrescos, otros alimentos con un índice glucémico elevado y pocas cantidades de cereales ricos en fibra puede resultar en diabetes tipo 2. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 977)</p>	<p>preferencias alimenticias, se da un plan dietético el cual se sigue 7/7 y en ocasiones 5/7, así mismo se logra adaptar el plan dietético como un estilo de vida más saludable e involucrar a la familia en este.</p>
<p>Evaluar la ingesta habitual de fibra.</p>	<p>La ingesta rica en fibra está asociada con menos peso corporal y menor relación cintura-cadera, así como la aproximación mayor al peso teórico que con el consumo de grasas. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 976)</p>	<p>Se ha aumentado la ingesta de fibra en su dieta habitual.</p>
<p>Recordar al usuario que beba más agua, al menos 2 litros al día.</p>	<p>Los estudios del equilibrio de agua, sugieren que un hombre adulto necesita 2,5 litros al día. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 976)</p>	<p>Continúa bebiendo 2 litros de agua como mínimo, regularmente aumenta el consumo de esta.</p>

Involucrar a la familia dentro del plan dietético.	El entorno familiar ejerce una influencia significativa sobre el apego al tratamiento y podría ser una de las causas de la falla terapéutica. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 977)	La familia se muestra interesada en apoyar por medio del seguimiento de la alimentación, lo que facilita el apego a la dieta por parte de la usuaria.
Supervisar que el plan dietético se lleve a cabo.	El control dos veces por semana facilita al usuario la continuidad con el programa. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 976)	Se observaron las características de los alimentos en cuanto a cantidad y calidad de los mismos.
Registro semanal de peso perdido.	La pérdida lenta de peso generalmente es más efectiva. Es importante incrementar la actividad, porque ayuda a quemar más calorías. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 977)	Peso inicial: 112.7 kg 1° semana: 111.5 kg 2° semana: 111 kg 3° semana: 110 kg 4° semana: 109.2 kg 5° semana: 108.4 kg 6° semana: 108.1 kg 7° semana: 107.700 kg 8° semana: 107 kg
Apoyo psicológico y escucha activa	El apoyo psicológico es de suma importancia, ya que al menos un tercio de las	Se observa en la usuaria mayor interés por realizar

sobre los cambios que se observen.	personas obesas sufren depresión. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 977)	actividades físicas, igualmente ha aumentado la seguridad en sí misma.
------------------------------------	---	--

Insomnio (00095) relacionado con higiene del sueño inadecuada y siestas frecuentes durante el día, manifestado por expresión verbal de dificultad para conciliar el sueño. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 116)

Objetivo general.- Mejorar la calidad de descanso y sueño, así como los hábitos de este.

Objetivo específico.- La usuaria mantendrá horarios de sueño durante la noche, benéficos para su salud, por medio de actividades encaminadas a conciliar el sueño.

6.- INTERVENCIÓN: <i>Mejorar el sueño.</i>		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Información acerca de la importancia de dormir y descansar.	Un descanso y un sueño apropiados son tan importantes para la salud como una buena nutrición o un ejercicio adecuado. (Potter & Perry, 2005, pág. 1275)	La usuaria comprende la importancia de tener un horario establecido para dormir y descansar.

<p>Dormir las 8 horas necesarias apropiadas, sin exceder de estas.</p>	<p>Sin las cantidades apropiadas de sueño y descanso, la capacidad para concentrarse, emitir juicios, y participar en las actividades diarias, disminuye y la irritabilidad aumenta. (Potter & Perry, 2005, pág. 1275)</p>	<p>La usuaria ha logrado dormir 8 horas necesarias por la noche respetando horarios de descanso, lo que ha influido en su estado de ánimo.</p>
<p>Crear hábitos de sueño saludables.</p>	<p>Conseguir la mejor calidad de sueño posible es importante para tener un buen estado de salud de todos los individuos. (Potter & Perry, 2005, pág. 1274)</p>	<p>La usuaria ha logrado mantener un horario adecuado de sueño, sin embargo aún se observa dificultad para conciliar el sueño.</p>
<p>Actividades encaminadas en conciliar el sueño.</p>	<p>El uso de técnicas de relajación para fomentar el sueño en las personas con insomnios crónicos se ha demostrado que es efectivo.</p>	<p>La usuaria eligió leer antes de dormir y tomar una ducha para propiciar la</p>

	(Ackley & Ladwig, 2005, pág. 1147)	relajación y conciliar mejor el sueño, se ha logrado conciliar el sueño 5/7.
Mantener un entorno tranquilo al dormir.	El ruido excesivo deteriora el sueño. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 1147)	La usuaria ha logrado relajarse y mantener un entorno tranquilo antes de dormir.
Disminuir el consumo de cafeína.	El consumo de cafeína después de las 2 horas de la tarde está asociado con sueño de poca calidad. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 1148)	La usuaria ha disminuido el consumo de cafeína antes de dormir, por lo cual le es más fácil descansar.

Sedentarismo (00168) relacionado con falta de interés, manifestado por demostrar falta de condición física. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 130)

Objetivo general.- Generar un interés con la paciente por realizar la actividad física de acuerdo a su condición.

Objetivo específico.- La usuaria disminuirá el sedentarismo semanalmente, a través de un plan de actividad física.

1.- INTERVENCIÓN: <i>Actividad Física.</i>		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Informarle la importancia y los beneficios físicos y psicológicos acerca de realizar actividad física diariamente.	El ejercicio reduce la pérdida de masa muscular y ayuda a quemar calorías, es un comportamiento alternativo a la ingestión de alimentos y evita el aburrimiento. (Saunders, 2000, pág. 320)	Se informa a la usuaria sobre los beneficios de realizar ejercicio diariamente, para estimular a que lo realice.
Crear un programa de actividad física de acuerdo a sus necesidades e intereses: incrementando	El aumento de la actividad física forma parte del cambio de estilo de vida necesario para que la intervención dietética pueda facilitar la pérdida de peso.	Se realizó el programa de actividades que se puede observar en los anexos tabla No. 1, las cuales

progresivamente la deambulaci3n hasta conseguir un tiempo necesario a la semana manteniendo niveles de fatiga moderados.	(Chita, 2005, p3g. 1350)	han sido logradas de forma satisfactoria y con un buen grado de tolerancia.
Establecer metas a corto y largo plazo de acuerdo al programa de ejercicio. <i>Ver Anexo Tabla 1</i>	Los programas de ejercicio ense1an a efectuar un cambio seguro, gradual y constante. (Cecil, 1977, p3g. 735)	Se ha incrementado la actividad f3sica de forma constante, alcanzando niveles de tolerancia cada vez mayores.

2.- INTERVENCI3N: Prescribir/ Actividad y ejercicios.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACI3N	EVLUACI3N
Indicar a la usuaria los beneficios fisiol3gicos y psicol3gicos de un plan regular de ejercicio.	La actividad f3sica y el ejercicio protegen contra la aparici3n de enfermedades cardiovasculares y reducen otros factores de riesgo asociados con ella, como obesidad, hipertensi3n e	La usuaria comprendi3 la importancia acerca de los beneficios fisiol3gicos y psicol3gicos de llevar un plan de

	hiperlipidemia. (Potter & Perry, 2005, pág. 1021)	ejercicio.
Abordar el programa de actividades físicas conforme a la tolerancia de la usuaria que se vaya observando.	El aumento del ejercicio ayuda a mantener la masa muscular e incrementar el consumo de calorías. (Saunders, 2000, pág. 320)	Se observa mayor tolerancia en la usuaria al realizar actividad física.
Evaluar el grado de tolerancia a la actividad para aumentar las actividades y el tiempo de estas.	La tolerancia a la actividad es el tipo y cantidad de ejercicio o actividad que una persona es capaz de llevar a cabo. (Potter & Perry, 2005, pág. 1015)	La usuaria ha incrementado su tolerancia a la actividad, así como la frecuencia de está realizando ejercicio moderado (zumba) 3/5 y leve (caminata) 5/5, patinaje cada 15 días.
Dar apoyo emocional y animar al usuario a	El temor a la falta de aliento, o al dolor puede reducir la intención de	Se observa en la usuaria mayor interés por realizar

aumentar gradualmente la actividad.	aumentar la actividad. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 801)	ejercicio.
-------------------------------------	--	------------

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) relacionado con aporte dietético, aumento de peso, nivel de actividad física y estado de salud física. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 81)

Objetivo general.- Mantener niveles de glucemia dentro de los parámetros normales.

Objetivo específico.- La usuaria reducirá los factores de riesgo para una glucemia inestable, por medio de una alimentación adecuada y ejercicio, durante 6 meses.

4.- INTERVENCIÓN: Vigilancia y control de glucemia.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Valoración acerca de niveles de glucemia en sangre cada semana y registrarlos. <i>Ver Anexo Tabla 2</i>	Los niveles normales de glucemia son entre 80 y 120 miligramos preprandial. (Innsuchise & Goldman, 2011, pág. 237)	1° semana: 129 mg/dl 2° semana: 110 mg/dl 3° semana: 108 mg/dl 4° semana: 112 mg/dl

		5° semana: 102 mg/dl 6° semana: 101 mg/dl 7° semana: 105 mg/dl 8° semana: 107 mg/dl
Disminución de peso corporal e IMC.	El Índice de Masa Corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013)	Peso IMC 112.7 kg: 38.8 kg/m ² 111.5 kg: 38.5 kg/m ² 111 kg: 38.4 kg/m ² 110 kg: 38 kg/m ² 109.2 kg: 37.7 kg/m ² 108.4 kg: 37.5 kg/m ² 108.1 kg: 37.4 kg/m ² 107.700 kg: 37.2 kg/m ² 107 kg: 37 kg/m ²

Aumento de actividad física.	La actividad y el ejercicio a causa de su impacto beneficioso sobre el bienestar, la prevención de la enfermedad y la restauración del funcionamiento óptimo. (Potter & Perry, 2005, pág. 1009)	La usuaria ha logrado aumentar su actividad física gradualmente.
------------------------------	---	--

Deterioro de la dentición (00048) relacionado con hábitos dietéticos e higiene oral ineficaz, manifestado por caries en segundo y tercer molar. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 308)

Objetivo general.- Mejorar la integridad estructural de la dentadura.

Objetivo específico.- La usuaria disminuirá los factores por los cuales presenta caries dental, en un lapso de un mes, por medio de buena alimentación y cepillado dental.

8.- INTERVENCIÓN: Enseñanza sobre higiene oral eficaz.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Información acerca de la importancia de	La higiene bucal regular es necesaria para mantener la integridad de las superficies	La usuaria ha comprendido la importancia de

una buena higiene y estado buco-dental.	dentales y para prevenir la gingivitis o inflamación de las encías. (Potter & Perry, 2005, pág. 1077)	realizar una buena higiene buco-dental.
Información acerca de ingesta de alimentos que evitan la placa dental.	Los clientes se benefician también de la dieta apropiada, que excluye alimentos que favorecen la formación de placa y la destrucción de los dientes y favorece la salud de las estructuras periodontales. (Potter & Perry, 2005, pág. 1111)	La usuaria aprendió cuales son los alimentos que favorecen la placa dental, con el fin de evitarlos en su alimentación diaria.
Asistencia periódica al dentista para el arreglo de las piezas dentarias afectadas.	Se debe de aconsejar a los clientes de todas las edades que se sometan a chequeos dentales al menos cada 6 meses. (Potter & Perry, 2005, pág. 1115)	La usuaria asistió a revisión con el dentista, quedando pendientes piezas dentarias por arreglar.
Enseñanza de la técnica correcta	El cepillado y el uso de la seda dental regulares ayuda	La usuaria ha reforzado su

del cepillado, uso de hilo dental y enjuague bucal.	a prevenir la caries y las patologías periodontales. (Potter & Perry, 2005, pág. 1087)	conocimiento acerca de la técnica de cepillado dental, ha aumentado la frecuencia del uso del hilo y enjuague bucal.
---	--	--

Baja autoestima situacional (00120) relacionado con alteración de la imagen corporal y falta de reconocimiento, manifestado por verbalizaciones y conductas de negación de sí mismo. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 192)

Objetivo general.- Desarrollará una percepción positiva de sí misma.

Objetivo específico.- La usuaria aumentará su autoestima por medio del reconocimiento de actividades.

7.- INTERVENCIÓN: Apoyo emocional.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Apoyo emocional ante situaciones de baja autoestima.	La clarificación de los pensamientos y de los sentimientos fomenta la auto aceptación. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 317)	Se implementó la escucha activa en situaciones de baja autoestima, se incluyo la lectura del

		libro <i>El Camino a la Felicidad</i> , lo que fue de gran ayuda para desahogar sentimientos reprimidos.
Reconocimiento emocional por parte de la familia ante su imagen corporal.	La psicoeducación y el apoyo de la familia disminuyen la sintomatología del usuario. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 317)	La familia de la usuaria evita comentarios negativos en cuanto a su apariencia física, por el contrario se estimula a la usuaria a seguir mejorando su imagen corporal. Ha logrado una aceptación de su figura y reconoce su estado.

Desesperanza (00124) relacionado con estrés de larga duración, deterioro del estado fisiológico, manifestado por disminución en la expresión de las emociones, trastorno del patrón del sueño y claves verbales de pesimismo. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 182)

Objetivo general.- Incrementará la esperanza, y fe ante su estado de salud.

Objetivo específico.- La usuaria aumentará la capacidad para expresar emociones relacionadas con su estado emocional, por medio de escucha activa cuando se presenten situaciones de estrés.

9.- INTERVENCIÓN: <i>Mejorar la comunicación y emociones.</i>		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mencionar la importancia de demostrar los estados de ánimo para descargar tensión.	Una relación terapéutica ayudará a identificar problemas y medidas para afrontar la fatiga. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 534)	La usuaria ha demostrado diferentes estados de ánimo que presenta frente a situaciones, lo que le ha ayudado para descargar la tensión diaria y mejorar su estado emocional. Se ha disminuido la frecuencia de cefalea o migraña, de ninguna a

		una vez por semana.
Apoyo y comunicación diaria.	La presencia física y la escucha activa inspiran la confianza del usuario. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 535)	Se observa más seguridad en la usuaria al momento de comunicarse o expresarse con los demás.
Apoyo de la familia para lograr mostrar sentimientos.	Las relaciones en las que se muestra interés por la familia tienen una influencia positiva en la presencia de esperanza con sus sentimientos. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 535)	La usuaria a logrado demostrar sentimientos con su familia, la cual la apoyado en su forma de expresarse y sentir.

Gestión ineficaz de la propia salud (00078) relacionado con complejidad del régimen terapéutico, manifestado por fracaso al incluir el tratamiento en la vida diaria, y realizar elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud. (NANDA, International, 2009-2011, pág. 64)

Objetivo general.- Alcanzará una gestión eficaz de la propia salud.

Objetivo específico.- La usuaria logrará tomar decisiones eficaces para su vida diaria y un éxito en el régimen de tratamiento diariamente.

10.- INTERVENCIÓN: Mejorar la toma de decisiones.		
ACTIVIDAD	FUNDAMENTACIÓN	EVALUACIÓN
Mencionar la importancia de tomar decisiones correctas para cambiar el estilo de vida.	Independientemente del estilo de vida para tomar decisiones, ser sistemático tiene sus ventajas. (Potter & Perry, 2005, pág. 1346)	La usuaria ha percibido la importancia que tiene el tomar decisiones correctas para mejorar su estilo de vida.
Apoyar en la tomar decisiones.	El usuario y el proveedor de salud trabajando conjuntamente pueden facilitar, apoyar y reforzar los puntos fuertes del usuario. (Ackley & Ladwig, 2005, pág. 863)	Se le ha apoyado a la usuaria en la toma de decisiones para la vida diaria, generando un resultado positivo; le facilita tomar estas.

3.2 EVALUACIÓN GENERAL

En base a la valoración inicial y detectando las necesidades que la usuaria tenía afectadas, en el momento actual se ha tenido un gran cambio; quizás no se ha satisfecho la necesidad como tal, pero el grado de dependencia no es el mismo que al inicio de los planes de cuidado.

La primera necesidad afectada fue la de oxigenación, en esta se observa un gran cambio, ya que la usuaria ha logrado un aumento en la tolerancia a la actividad, en la de necesidad de nutrición se tiene un gran avance en base a los objetivos planteados, se ha logrado la baja de peso de forma paulatina con lo que el índice de masa corporal disminuye, se ha obtenido que la usuaria sea responsable de su alimentación y tome decisiones que favorecen su nutrición; por tales cuidados se reduce el riesgo de una glucemia inestable, ya que se observo en las tomas de glicemia de cada semana que se mantienen niveles dentro de los valores normales; igualmente, ha aumentado su actividad física y ejercicio, sintiéndose más ligera y relajada, lo que en combinación con su dieta le ha favorecido para llegar progresivamente a su peso ideal; así mismo, se consiguió involucrar a la familia en el plan dietético como medio de apoyo hacia la usuaria.

Así mismo, ha mejorado la necesidad de descanso y sueño, ya que la usuaria evita ingerir bebidas con cafeína y realiza actividades que la relajan antes de dormir; ha establecido horarios de descanso para dormir las 8 horas necesarias; han disminuido los periodos de cefalea o

migraña, lo cual ha sido resultado de la dieta, el ejercicio y el apoyo emocional para evitar tensiones.

La amenorrea se ha controlado los últimos meses, presentando periodos regulares, así como anotaciones en un calendario de los días de inicio y término de su periodo. Dentro de la necesidad de uso de prendas de vestir adecuadas, su baja autoestima situacional ha ido disminuyendo debido a que se le ha generado una mayor seguridad en base a su persona y su cuerpo; aún se le apoya con terapia de escucha activa para ayudar a que se demuestren los sentimientos o emociones de su vida o situaciones que la incomoden.

En general, la usuaria ha avanzado mucho en relación a su salud y al mantenimiento de los logros obtenidos, durante todo el plan de cuidados de cada necesidad afectada no se realizaron cambios significativos; la usuaria se adaptó a cada una de las actividades programadas al principio. Dentro de los objetivos que se plantearon la mayoría se cumplieron, y gracias a las acciones de enfermería, la usuaria pudo tener una orientación y educación para la salud, así como un conocimiento mejor para poderlo aplicar durante el resto de su vida, ya sea para mejorar aún más su salud o para mantener lo que ha logrado.

Por último, es importante mencionar que la usuaria siempre se mostró cooperadora y con una gran disponibilidad para realizar las actividades planteadas, por lo que se facilitó todavía aún más la realización de este Proceso Atención de Enfermería.

3.3 CONCLUSIONES

Al realizar el Proceso Atención de Enfermería a una usuaria con diagnóstico de obesidad, pude darme cuenta de la importancia y el impacto que tiene como enfermedad física y psicológica, me permitió ver a la usuaria de forma holística, basándome en las necesidades de Virginia Henderson y en la jerarquización de Abraham Maslow.

Así mismo pude percatarme de la magnitud que tiene la obesidad como patología conocida a nivel mundial, y a la población que afecta, que en este caso es en general, es decir, desde lactantes, niños y adultos.

En la actualidad no contamos con una educación para la salud a nivel preventivo, con esto me refiero a que no somos capaces de hacernos responsables por nuestra propia salud; creo que la capacidad de diferenciar los alimentos que benefician nuestra salud la tenemos, por el contrario conocemos todos aquellos que nos perjudican, en sí, pienso que lo que nos hace falta es valor para afrontar esa responsabilidad de cuidar de nosotros.

El panorama que para la salud pública representan el sobrepeso y la obesidad es preocupante, sin embargo el exceso de grasa en el organismo y las enfermedades asociadas son factibles de evitar. Existen diferentes tratamientos, y el mejor para cada persona dependerá del grado de obesidad en cuestión, del origen de la misma y, entre otros, de las posibilidades que tenga de modificar su estilo de vida y particularmente de la orientación médica.

Efectivamente el sobrepeso y la obesidad son de origen multifactorial y como tal, en muchas ocasiones se requiere de un tratamiento multidisciplinario, donde es importante también no olvidar el compromiso que tienen los sectores público y privado, gobiernos, organismos internacionales, los profesionales de la salud y la sociedad civil, de crear ambientes sanos y hacer accesibles alternativas dietéticas más saludables.

En sí, con esto lograr que la población de personas con sobrepeso y obesidad disminuya cada vez más, hasta lograr que no seamos de los primeros países con mayor grado de sobrepeso y obesidad, ya que como se mencionó en el trabajo es muy alta la tasa de morbilidad y mortalidad debido a esta enfermedad, y aún más que la presenten niños de menor edad.

La obesidad es algo que uno ve por la calle, como algo normal quizás, pero luego de haber investigado y de haberme informado más acerca del tema, sé que es una enfermedad que afecta a muchas personas y que con el paso de los años a aumentado considerablemente.

En conclusión, la obesidad es más que un problema estético, pues su presencia conlleva serios riesgos para la salud de los afectados. Lo más recomendable es que las generaciones jóvenes aprendan a prevenirla. El tratamiento del trastorno se basa, esencialmente, en un plan alimentario bien diseñado junto con un programa de actividad física frecuente, los cuales, en ciertos casos, pueden ser acompañados por el uso de medicamentos. También es muy importante el control de las

alteraciones asociadas como la presión arterial alta y el exceso de grasas (colesterol y triglicéridos) en sangre.

Algunas personas piensan que la obesidad no es una enfermedad y que no hay que tratarla cuanto antes. Es importante hablarlo con alguna persona que tengamos cerca y padezca esta enfermedad, y apoyarlos y ayudarlos al respecto, porque no importa cuán hereditaria sea esta enfermedad, lo importante es prevenirla cuanto antes.

3.4 SUGERENCIAS

Es importante hacer mención que la OMS ha establecido el Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles con miras a ayudar a los millones de personas que ya están afectados por estas enfermedades que duran toda la vida, a afrontarlas y prevenir las complicaciones secundarias. El Plan de acción se basa en el *régimen alimentario, actividad física y salud*, y proporciona una hoja de ruta para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

Un estilo de vida saludable puede ayudar a prevenir el sobrepeso y la obesidad, ya que muchos hábitos que forman parte del estilo de vida vienen de la infancia.

Promoción por parte de primer nivel a escuelas, para poder tener una educación para la salud desde temprana edad.

Concientizar al personal de salud a empezar por uno mismo y poder dar el ejemplo a todos los usuarios que se les educa para su salud.

3.5 BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, B., & Ladwig, G. (2005). *Manual de Diagnósticos de Enfermería, Guía para la planificación de los cuidados*. (7° ed.). España: ELSEVIER.
- Alfaro, R. (1999). Aplicación del proceso enfermero guía paso a paso. En R. Alfaro, *Aplicación del proceso enfermero guía paso a paso* (págs. 4-265). Filadelfia: SPRINGER.
- ANA, A. A. (2005). *Recognition Criteria and Definitions*. Washington DC: ANA CNP II.
- Cecil, L. (1977). *Tratado de Medicina Interna Tomo I*. México DF: Interamericana.
- Cervera, C. (2006). *Alimentación y Dietoterapia* (4° ed.). DF, México, México: Mc Graw Hill.
- Cervera, C. (2006). *Alimentación y Dietoterapia* (4° ed.). México DF: Mc Graw Hill.
- Chita, I. (2005). *Cuidados Enfermeros*. Barcelona España: PANAMERICANA.
- Claudia P. Sánchez-Castillo, S. (2004). *Epidemiología de la obesidad*. México DF: Departamento de Fisiología de la Nutrición.
- CONAPO. (5 de Agosto de 2004). *Población total de los municipios a mitad de año 2000-2030. Proyecciones de población de México*.

Obtenido de Población total de los municipios a mitad de año 2000-2030. Proyecciones de población de México.:
<http://www.conapo.gob.mx/estados/proyecciones/Rep%20FAblica%20Mexicana.xls>

Escudero, L. G. (Junio de 2000). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Obtenido de Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal: <http://www.redalyc.org/pdf/487/48760111.pdf>

Fausto Guerra, J., & Valde López, R. M. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 91-94.

Fernández, & Navarro. (2003). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: MASSON.

García, C., & Martínez, M. L. (2007). Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero. En M. L. Catalina García, *Historia de la Enfermería, Evolución histórica del Cuidado Enfermero* (págs. 69-214). España: ELSEVIER.

García, M. J. (2002). *El proceso de enfermería y el modelo de Virginia Henderson*. México DF: Progreso.

Henderson, V. A. (1996). *Overview of Nursing Research*. Harcourt.

- Hernandez, J. (1995). Historia de la Enfermería. En J. Hernandez, *Historia de la Enfermería* (págs. 62 y 63-195). España: Mc Graw Hill.
- INEGI. (2000). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2000*. México.
- Innsuchise, S., & Goldman, L. (2011). *Type 2 diabetes mellitus*. Philadelphia: ELSEVIER.
- INSP, I. N. (Agosto de 2013). *COEPO*. Obtenido de <http://coeopo.app.jalisco.gob.mx/PDF/LibroDiezproblemas/Capitulo1.pdf>
- KEROUAC, S. (2005). El pensamiento enfermero. En S. KEROUAC, *El pensamiento enfermero* (págs. 58 y 70- 167). Barcelona, España: MASSON.
- Lawrance, T. (1998). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. México DF: El Manual Moderno.
- Mac Blacklow, B. (1973). *Signos y síntomas Fisiopatología aplicada e interpretación clínica*. México DF: Interamericana.
- Malvido, E., & ENEO, I. (1992). *El historiador frente a la historia*. México DF: UNAM.
- Martínez, M. L., & Chamorron, E. (2011). Historia de Enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero. En E. C. María Luisa

- Martínez, *Historia de Enfermería, evolución histórica del cuidado enfermero* (2° ed., págs. 136-154). España: ELSEVIER.
- McCourt, A., & Carroll, J. (1991). *Classification of nursing Diagnoses: Proceedings of the ninth conference*. Philadelphia: Lippincott.
- NANDA, International. (2009-2011). *Diagnósticos Enfermeros 2009-2011*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Nightingale, F. (1990). Notas de Enfermería. Qué es y qué no es. En F. Nightingale, *Notas de Enfermería. Qué es y qué no es* (págs. 2-225). Barcelona: Salvat.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (Febrero de 2013). *OMS*.
Obtenido de www.who.int/es/
- Potter, & Perry. (2005). *Fundamentos de Enfermería Volumen 1* (5° ed.). España: Harcourt/ OCEANO.
- Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Rodríguez, B. (2000). Proceso Enfermero Aplicación Actual. En B. Rodríguez, *Proceso Enfermero Aplicación Actual* (2° ed., págs. 31-277). México: Cuellar.
- Ruiz, X. (2009). Fundamentos Técnicas de Enfermería. En X. Ruiz, *Enciclopedia de Enfermería Volumen 1* (págs. 3,4,5-192). Barcelona, España: OCEANO/CENTRUM.

Sánchez-Castillo, V.-M. L.-E. (2003). *Diabetes and hypertension increases in an abdominally obese society: results of the NHS*. Helsinki, Finland: 12th European Congress of Obesity.

Saunders, L. (2000). *Cuidados de enfermería*. México DF: Mc Graw Hill.

Wolf AM, C. G. (Junio de 1998). *Current estimates of the economic cost of obesity in the United States*. Recuperado el Febrero de 2013, de Current estimates of the economic cost of obesity in the United States.: <http://www.medscape.com/viewarticle/571715>

3.6 ANEXO

Anexo No. 1

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

Ficha de identificación.

Nombre _____ edad _____ peso _____
talla _____ Fecha de nacimiento _____ sexo _____ ocupación _____
Fecha de admisión _____ hora _____ procedencia _____ Fuente de
información _____ Fiabilidad (1-4) miembro de la familia/
persona
significativa _____

Valoración de las necesidades humanas

1.- NECESIDADES BÁSICAS DE OXIGENACIÓN, NUTRICIÓN E
HIDRATACIÓN, ELIMINACIÓN Y TERMORREGULACIÓN.

a) Oxigenación

Subjetivo

Disnea debido a: _____ tos productiva/seca: _____ Dolor asociado con
la respiración: _____ fumador: _____ desde cuándo fuma/

cuántos cigarros al día / varía la cantidad según su estado emocional:_____

Objetivo

Registro de signos vitales y características:_____ tos productiva/ seca:_____ estado de conciencia:_____ coloración de piel/ lechos ungueales/ peribucal:_____ circulación del retorno venoso:_____ otros:_____

b) Nutrición e Hidratación

Subjetivo

Dieta habitual (tipo):_____ número de comidas diarias:_____ trastornos digestivos:_____ intolerancia alimentaria/ alergias: _____ problemas de -la masticación y deglución: _____ patrón de ejercicio: _____

Objetivo

Turgencia de la piel:_____ membranas mucosas hidratadas/ secas: _____ características de uñas / cabello: _____ funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____ aspecto de los dientes y encías: _____ heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

otros:

c) Eliminación

Subjetivo

Hábitos intestinales: _____ características de las heces, orina
y: _____

menstruación: _____ historia de hemorragias/
enfermedades renales: _____

otros: _____ uso de

laxantes: _____ hemorroides: _____ dolor al defecar/

menstruar / orinar: _____ como influyen las emociones

en sus patrones de

eliminación: _____

Objetivo

Abdomen/ características: _____ ruidos

intestinales: _____ palpación de la vejiga urinaria:

_____ otros: _____

d) Termorregulación

Subjetivo

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____ ejercicio/
tipo y frecuencia: _____ temperatura
ambiental que le es agradable: _____

Objetivo

Características de la piel: _____
transpiración: _____ condiciones del entorno físico:
_____ otros: _____

2.- NECESIDADES BÁSICAS DE: MOVERSE Y MANTENER UNA
BUENA POSTURA, USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS,
HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

a) Moverse y mantener una buena postura

Subjetivo

Capacidad física cotidiana: _____ actividades en el tiempo libre:
_____ hábitos de descanso: _____ hábitos de
trabajo: _____

Objetivo

Estado del sistema muscular esquelético / fuerza:
_____ capacidad
muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

posturas: _____ ayuda para la deambulaci3n: _____ dolor
con el movimiento: _____ presencia de temblores:
_____ estado de conciencia:
_____ estado emocional: _____ otros:

b) Descanso y sue1o

Subjetivo

Horario de descanso: _____ horario de sue1o: _____ horas de
descanso: _____ horas de sue1o: _____ siestas: _____
ayudas: _____ ¿padece insomnio?
_____ ¿A qu3 considera que se
deba? _____ ¿se siente descansado al
levantarse?: _____

Objetivo

Estado mental: ansiedad / estr3s/ lenguaje: _____ ojeras:
_____ atenci3n: _____ bostezos: _____ concentraci3n:
_____ apat3a: _____ cefaleas: _____ respuestas a est3mulos:
_____ otros: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas

Subjetivos

¿Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir?:
_____ ¿su autoestima es determinante
en su modo de vestir?: _____ ¿Sus creencias
le impiden vestir como a usted le gustaría?: _____
¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo

Vestirse de acuerdo a su edad: _____ capacidad psicomotora para
vestirse y desvestirse: _____ vestido incompleto:
_____ sucio: _____ inadecuado: _____
otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel

Subjetivo

Frecuencia del aseo: _____ momento preferido para el baño:
_____ cuantas veces se lava los dientes al día:
_____ aseo de manos antes y después de comer:
_____ después de eliminar: _____ ¿tiene
creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?:

Objetivos

Aspecto general: _____ olor corporal: _____ halitosis:
_____ estado de cuero cabelludo: _____ lesiones dérmicas,
¿qué tipo?: _____ otros: _____

e) Necesidad de evitar peligros

Subjetivo

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?: _____ como
reacciona ante una situación de urgencia: _____ ¿conoce las
medidas de prevención de accidentes? _____ en el hogar:
_____ en el trabajo: _____ ¿realiza controles
periódicos de salud recomendados? _____ ¿Cómo
canaliza las situaciones de tensión en su
vida?: _____

Objetivos

Deformidades congénitas: _____ condiciones del ambiente
del hogar: _____ trabajo:
_____ otros: _____

3.- NECESIDADES BÁSICAS DE: COMUNICACIÓN, VIVIR
SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, TRABAJAR Y
REALIZARSE, JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES
RECREATIVAS Y DE APRENDIZAJE.

a) Necesidad de comunicarse

Subjetivos

Estado civil: _____ años de relación: _____ Vive
con: _____ preocupaciones/ estrés: _____
familiares: _____ otras personas que pueden ayudar:
_____ rol en la estructura social: _____ comunica sus
problemas debido a la enfermedad/
estado: _____ cuanto
tiempo pasa sola: _____ frecuencia de los diferentes
contactos sociales en el trabajo: _____

Objetivos

Habla claro: _____ confusa: _____ dificultad en
la visión: _____ audición: _____ comunicación verbal/ no
verbal con la familia/ con otras personas significativas: _____
otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Subjetivos

Creencia religiosa: _____ ¿su creencia religiosa le genera
conflictos personales?: _____ principales valores
en su familia: _____ principales valores personales:

_____ ¿es congruente su forma de pensar con su forma de vivir? _____

Objetivos

Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____ ¿permite el contacto físico?: _____ ¿tiene algún objeto indicativo de determinado valores o creencias?: _____ otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse

Subjetivo

¿Trabaja actualmente?: _____ tipo de trabajo: _____ riesgos: _____ ¿cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____
¿Está satisfecho con su trabajo? ___ ¿su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____
_____ ¿está satisfecho con el rol familiar que juega?: _____

Objetivos

Estado emocional calmado/ ansioso/ enfadado/ retraído/ temeroso/ irritable/ quieto/ eufórico: _____ otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas

Subjetivo

Actividades recreativas que realizan en su tiempo libre:
_____ ¿las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de sus necesidades?: _____ ¿existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____ ¿ha participado en alguna actividad lucida o recreativa?: _____

Objetivo

Integridad del sistema neuromuscular: _____ ¿rechaza las actividades recreativas?: _____ su estado de ánimo es apático/ aburrido/ participativo/: _____ otros: _____

e) Necesidad de aprendizaje

Subjetivo

Nivel de educación: _____ problemas de aprendizaje:
_____ limitaciones cognitivas: _____ tipo:
_____ preferencias leer/ escribir:
_____ ¿conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje en su comunidad?: _____ ¿sabe como utilizar estas fuentes de apoyo?: _____ ¿tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____ otros:

Objetivos

Estado del sistema nervioso: _____ órganos de los sentidos: _____ estado emocional/ ansiedad/ dolor: _____ memoria reciente: _____ memoria remota: _____ otras manifestaciones: _____

Anexo No. 2

<i>Grupo de edad</i>	<i>Lugar en base a las 32 entidades</i>		<i>Hombres Sobrepeso Obesidad</i>		<i>Total</i>	<i>Mujeres Sobrepeso Obesidad</i>		<i>Total</i>
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>						
5 y 11 años	28	17	9.6%	8.4%	18%	17.9%	8.9%	26.8%
12 y 19 años	19	8	22.4%	8.8%	31.2%	23.2%	13.6%	36.8%
20 años y más	16	20	41.7%	26.1%	67.8%	36.4%	34.4%	70.8%

Porcentaje de población masculina y femenina con sobrepeso (menor de 25.0 IMC y menor o igual a 30.0) y obesidad (IMC mayor a 30.0) a nivel nacional y estatal en el año 2006, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Anexo No. 3

GUÍA DIETÉTICA

RECOMENDACIONES

- *Aumentar el consumo de agua (2L).
- *Realizar las 5 comidas diarias.
- *Limitar el consumo de azúcares y de sal.
- *Reducir el consumo de harinas (tortillas de harina, pan, etc).
- *Realizar Actividad física 30-45 min (aeróbico: Correr, caminar, nadar, andar en bicicleta).

METAS

- *Disminuir riesgos debidos a una alimentación inadecuada.
- *Adoptar buenos hábitos alimenticios.
- *Llegar a una IMC Normal.

<i>ALIMENTO</i>		<i>PORCIÓN</i>		
FRUTAS	7 ciruelas pasa	1 toronja	1/3 pza de	1 taza de
	1 taza fresa	2 pzas de tuna	mamey	papaya
	rebanada	18 uvas	1 taza de	½ pza de
	1 taza fruta	½ taza jugo mandarina	mango	pera
	picada	½ taza jugo naranja	1 manzana	¾ tza de
	1 taza de gajos	3 pzas de lima	½ manzana	piña
	mandarina	4 pzas de limón	amarilla	½ pza de
	¾ taza gajos	¾ taza de zarzamora	1/3 pza de	plátano
	naranja		melón	1 tza de
	1 taza de gajos		2 naranjas	sandía
de toronja		1 taza de	3 guayaba	
3 pzas de		melón	1 taza de	

	durazno 1 taza de frambuesa		25 piezas de nispero	sandía 1 pieza de toronja
VERDURAS	½ taza de brócoli ½ taza de chayote ½ taza de champiñones 1/5 taza de chícharos ¾ taza de coliflor cocida	½ taza de ejotes ½ taza de jícama 1 jitomate ¼ tza jugo de zanahoria 3 tazas de lechuga	1 taza de nopal 1 ¼ taza de pepino 1 pimiento morrón ½ taza de zanahoria 1 taza de brócoli crudo	¼ taza de cebolla cocida 2 tazas de coliflor cruda 1 taza de nopal cocido 2 piezas de nopal 1 taza de verdolaga cocida
CEREALES	<u>SIN GRASA</u> ¼ taza arroz ¾ taza de avena 1/3 bolillo 1 reb pan blanco 1 ½ elote ½ taza de cereal s/azúcar 5 galletas María ¾ pzahot cake	½ taza de pasta cocida ½ Pan hotdog 1 ½ pieza de elote ½ papa 2 piezas de galletas 1 tortilla de maíz 1/3 pza de telera ½ tortilla de harina 2 ½ taza palomitas	<u>CON GRASA</u> ¾ barra granola 1/3 barrita de fresa 1/3 bigote chocolate 1/3 cuernito 1/3 de dona 1 1/3 galleta avena 5 galletas integral 2 galletas sandwich	2/3 muffin 1 rebanada de panque 6 papas fritas ¾ rebanada pastel ½ taza puré de papa 1/5 tamal 1 ½ tostada 1 waffle
LEGUMINOSAS	½ taza de alubias ½ taza de chícharo germinado	1/3 taza frijol refrito ½ taza garbanzo ½ taza de frijol cocido	1/3 taza de soya cocida 35g soya texturizada	½ taza de habas 1/2 taza de lentejas

			35 g chícharo seco	
ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL	MUY BAJO EN GRASA 30 g de filete de pescado 1 alita de pollo 1/5 taza de atún en agua 30 g de Bistec 5 camarones 25 g de cecina 30 g de milanesa 25 g pechuga cocida 2 cdas de requesón 2 piezas de clara de huevo 3 cdas de queso cottage	BAJO EN GRASA 35 g de arrachera 25 g atún en aceite 50 g barbacoa 40 g carne de cerdo 30 g de carne de res 2 rebanadas de jamón 15 g de maciza de res 45 g de pavo 40 g de queso fresco 40 g de panela	MODERADA GRASA 25 g de bistec de bola 29 g suadero 30 g deshebrada 12 g de chicharrón 50 g costilla cerdo 1 pieza de huevo ½ pza de pollo 150 g patita cerdo 6 rebanadas salami 1 salchicha	ALTO EN GRASA 45 g de espaldilla 45 g de espinazo 30 g lengua de cerdo 2 reb queso amarillo 25 g pulpa de res 40 g queso asadero 30 g queso Oaxaca 60 g de sesos 2 piezas de nuggets de pollo 2 reb. de queso amarillo 40 g de lengua de res
LECHE	LECHE DESCREMADA 1 taza Leche light extra 1 taza leche soya 1 taza leche descremada	LECHE SEMIDESCREMADA ¾ taza de jocoque ½ taza leche evaporada semidescremada 1 taza leche	LECHE ENTERA 1 taza de leche ½ taza de clavel 1 taza leche	LECHE CON AZÚCAR ½ taza de chongos ½ taza de helado con

	<p>¾ taza yogurt light</p> <p>1 pieza de vitalina natural</p>	<p>semidescremada</p>	<p>de vaca</p> <p>1 taza de yogurt</p> <p>4 cdas de leche en polvo</p>	<p>leche</p> <p>¾ taza helado fresa/choc</p> <p>1 taza helado yogurt</p> <p>¾ taza yogurt de fruta</p>
<p>GRASAS</p>	<p>SIN PROTEÍNA</p> <p>1 cdita de aceite</p> <p>5 aceitunas</p> <p>½ cda de aderezo</p> <p>1/3 aguacate</p> <p>1/3 cocada</p> <p>1 ½ cda de coco</p>	<p>1 cda de mantequilla</p> <p>1 cdas crema</p> <p>1 cda de margarina</p> <p>1 cda queso philadelphia</p> <p>1 rebanada tocino</p> <p>½ cda vinagreta</p>	<p>CON PROTEÍNA</p> <p>10 almendras</p> <p>14 cacahuates</p> <p>15 g de chorizo</p> <p>3 nueces</p> <p>18 pistaches</p> <p>20 g queso de puerco</p>	<p>4 cditas de ajonjolí</p> <p>60 piezas de pepitas</p> <p>4 cdas de semillas de girasol</p>
<p>AZÚCARES</p>	<p>SIN GRASA</p> <p>1/3 taza de gelatina</p> <p>4 gomitas</p> <p>2 cditas de azúcar</p> <p>1 pieza de yogur</p>	<p>1 ½ cdita de cajeta</p> <p>2 ½ cdas mermelada</p> <p>2cditas de miel</p> <p>2 cdas cátsup</p> <p>2 pzas pequeñas de caramelo</p>	<p>CON GRASA</p> <p>1/3 pza de chocolate</p> <p>1/5 taza de flan</p> <p>2 cdas de mayonesa</p>	<p>3 cdas de mole</p> <p>¼ taza de rompopo sin alcohol</p>

EJEMPLO

PORCIONES ALIMENTICIAS

<i>ALIMENTO</i>	<i>PORCIÓN</i>
VERDURAS	4
FRUTAS	5
CEREALES SIN GRASA	5
CON GRASA	2
LEGUMINOSAS	1
CARNE MUY BAJO	1
BAJO	1
MODERADO	
ALTO	
LECHE DESCREMADA	
SEMIDESCREMADA	
ENTERA	
DESLACTOSADA	1.5
CON AZÚCAR	
GRASAS SIN PROTEÍNA	3
CON PROTEÍNA	2
AZÚCARES SIN GRASA	2
CON GRASA	1
TOTAL	28.5

	DESAYUNO	COLA CIÓN	COMIDA	COLACIÓN	CENA
MENÚ 1	1 taza de jugo de naranja, 3 quesadillas de panela con tortilla de maíz, 1 taza de melón.	1 manzana, 1 yogurth, 1 taza de jícama, 6 nueces. 1/3 pieza de chocolate.	30 g de milanesa de pollo (freída con 2 cdas de aceite), ¼ de taza de arroz. 1 ½ tostada con guacamole. 1 taza de brócoli.	½ taza de garbanzo, 1 pan tostado con 2 ½ cdas de mermelada	1 taza de papaya 1 rebana de panque, 1 ½ taza de leche.
MENÚ 2	1 taza de jugo de naranja y zanahoria 2 claras de huevo con jitomate y cebolla (freído con 1 cda de aceite), 2 tortillas. 2/3 taza de gelatina.	1 manzana 1 pan tostado con 2 ½ cdas de mermelada. 6 nueces.	40 g de carne de cerdo en salsa de tomate, 1/3 taza de frijoles refritos. 2 tortillas de maíz, ½ taza de chayote cocido.	2 naranjas, 2 pepinos rebanados.	1 plátano, ½ cuernito, 1 ½ taza de leche c/chocolate.

<p>MENÚ 3</p>	<p>1 taza de jugo de naranja, 1 sandwich de jamón de pavo y queso philadelphia (2 cdas de crema, lechuga, jitomate y cebolla)</p>	<p>18 uvas, 4 galletas comerciales, 1 yogurth. 1/3 pieza de chocolate.</p>	<p>25 g de pechuga de pollo, en salsa de jitomate. ¼ taza de arroz, 2 tortillas. ½ taza de brócoli.</p>	<p>1 taza de mango, ½ taza de garbanzos.</p>	<p>1 licuado de fresa (1 ½ tazas de leche, 1 taza de fresa.</p>
-------------------	---	--	---	--	---

<i>ACTIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS</i>
Caminata por las tardes durante 40 minutos, según tolerancia física.
Spinning 1 hora, 3 veces a la semana.
Caminata con mascota por la mañana 40 minutos de forma diaria.
Zumba Fitness 1 hora por la tarde, 3 veces a la semana.
Patinaje 1 hora, por la tarde día libre.

Tabla 1

<i>TOMA DE GLICEMIA CAPILAR</i>	<i>NIVEL DE GLUCEMIA</i>
1° semana	129 mg/dl
2° semana	110 mg/dl
3° semana	108 mg/dl
4° semana	112 mg/dl
5° semana	102 mg/dl
6° semana	101 mg/dl
7° semana	105 mg/dl
8° semana	107 mg/dl

Tabla 2

<i>PESO SEMANAL</i>	<i>PESO</i>
Peso Inicial	112.7 kg
1° semana	111.5 kg
2° semana	111 kg
3° semana	110 kg
4° semana	109.2 kg
5 semana	108.4 kg
6° semana	108.1 kg
7° semana	107.700 kg
8° semana	107 kg

Tabla 3

Anexo No. 4

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INTERVENCIÓN	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul
<i>Orientación sobre beneficios de las intervenciones, (actividad física, nutrición, descanso y sueño, higiene oral, comunicación etc.)</i>						
<i>Actividad física.</i>						
<i>Enseñanza y asesoría nutricional.</i>						
<i>Mejorar el sueño.</i>						
<i>Vigilancia y control de glucemia.</i>						
<i>Apoyo emocional.</i>						
<i>Enseñanza sobre higiene oral eficaz.</i>						

<i>Mejorar la comunicación y emociones.</i>						
<i>Mejorar la toma de decisiones.</i>						

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE ZAMORA A.C.



**INCORPORADA A
LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE 8723**



La Dirección de la Escuela de Enfermería de Zamora A.C. con estudios incorporados a la Universidad Nacional Autónoma de México clave 8723, autoriza impresión del trabajo de titulación a la C.

MIRIAM ANDREA MÉNDEZ RODRÍGUEZ

NO. DE CUENTA: 409522743

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADA EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.**

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DOMICILIARIO
APLICADO A USUARIA ADULTA JOVEN, CON OBESIDAD
PRIMARIA GRADO II, DE TIPO GINOIDE.**

Se extiende la presente a solicitud de la interesada para los usos legales que a ella convenga, en la ciudad de Zamora, Michoacán el 19 de Septiembre del 2013.

ATENTAMENTE

LEO Ignacia Escalera Mora

Directora