



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN HOMBRE ADOLESCENTE CON SOBREPESO
BAJO EL ENFOQUE DE VALORACIÓN DE LAS 14
NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON**

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

P R E S E N T A:

HERNÁNDEZ CRUZ OLIVIA

ASESOR:

MTRA. SANDRA M. SOTOMAYOR SÁNCHEZ



2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

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.

A GRADECIMIENTOS

A mi familia, por el apoyo que me brindaron, por la formación, por fomentar en mí el deseo de saber, de conocer lo novedoso y abrirme las puertas al mundo ante mi curiosidad insaciable.

A Gloria y Vinicio por su cariño, comprensión y constante estímulo.

A todos los docentes que fueron mi guía durante mi formación profesional, en especial a mi tutora y guía en este proyecto, Sandra Sotomayor.

A todos los que estuvieron, están y estarán conmigo.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	7
4. MARCO TEÓRICO	
4.1. Definición de Enfermería	8
4.2. Enfermería como construcción disciplinar	8
4.3. Paradigma y metaparadigma de enfermería	12
4.4. Cuidado como objeto de estudio	16
4.5. Teorías de enfermería	18
4.5.1. Concepto de teoría, objetivos y ventajas	18
4.5.2. Tipos de teorías	20
4.5.3. Teoría de Virginia Henderson	21
4.6. Proceso Atención de Enfermería	23
4.6.1. Definición, objetivo y características	23
4.6.2. Etapas del Proceso Atención de Enfermería	24
4.7. Características biológicas, psicológicas y sociales del adolescente	29
4.8. Principales alteraciones en el adolescente	32
4.9. Sobrepeso y obesidad en la adolescencia	33
5. DESARROLLO DEL PAE	37
6. CONCLUSIONES	55
7. BIBLIOGRAFÍA	56
8. ANEXOS	58

1. INTRODUCCIÓN

El proceso atención de enfermería (PAE) es el método científico que sustenta la práctica asistencial del profesional de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo que permite a enfermería prestar cuidados integrales e individualizados a una persona o comunidad de una forma racional, lógica y sistemática.¹

Para el desarrollo de un PAE es fundamental que el profesional de enfermería cuente con habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales que le permitan ejercer una práctica autónoma, trazándose objetivos que vayan en busca del bienestar de la persona o comunidad que se encuentra a su cuidado. El PAE consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

La elaboración de este PAE está fundamentado con en el modelo de *Necesidades Básicas* de Virginia Henderson, quien las enumera en catorce necesidades correspondientes al plano fisiológico, psicológico, espiritual y social de una persona. Para Henderson es básica y fundamental la intervención del profesional de enfermería para la pronta independencia del paciente, además de que es su deber orientar sus cuidados para que este la consiga del modo más rápido. El paciente, según Virginia tiene que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.²

El presente PAE está dirigido a una persona masculina de 18 años de edad con alteración en la necesidad de alimentación (por exceso), dicho proceso se llevó a cabo mediante una atención de consultoría de enfermería en el domicilio del paciente.

¹Cruz Gómez Ma. del Carmen, Mata Cortés Ma. Magdalena, Proceso de atención de enfermería EnfNeurol INNN, (Méx). 2011; 10(3): 153-158

²Iyer PW, Tapicht, BJ y cols. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª Ed. México D.F. Ed. McGraw- Hill Interamericano pp 2-3

El uso del PAE nos permite ofrecer un cuidado holístico y personalizado a fin de identificar necesidades alteradas, así como los recursos disponibles para que la persona alcance un óptimo estado de salud. Para ello, el proceso se abordara de la siguiente forma:

En un primer apartado se desarrollan los conceptos y generalidades inherentes a la disciplina de Enfermería, continuando con las generalidades de sobrepeso y obesidad con la intención de entender el comportamiento de la misma.

En un segundo apartado, se desarrolla el PAE en sus cinco etapas: partiendo de la valoración objetiva e integral de la persona con la finalidad de emitir diagnósticos de enfermería y realizar una planeación y ejecución oportuna. La evaluación será de manera constante y dinámica.

Finalmente, se exponen las conclusiones y un plan de alta con la intención de fomentar la independencia en la satisfacción de las necesidades del paciente.

2. JUSTIFICACIÓN

El aumento en el porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad en la población mexicana es un grave problema de salud pública que requiere cuidados especiales e individualizados. Entre los factores que originan este padecimiento se encuentran la predisposición genética, factores ambientales y estilos de vida.

Actualmente, México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad tanto en niños como en adultos según estadísticas de la OPS/OMS. Por ello, es de suma importancia trabajar para controlar esta enfermedad, especialmente por la influencia que tiene en la aparición de otros problemas de salud.³

La realización de un PAE es una guía importante en la atención que brinda la enfermera en el cuidado de toda persona reforzando las habilidades y aspectos sociohumanos. La capacidad del personal de enfermería aumenta a través del conocimiento teórico, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente, además de dar un referencia ante la duda.

Ahora bien, los profesionales de enfermería, asumen varios roles en cuanto a la atención y cuidado de los pacientes con sobrepeso. El objetivo es trabajar de manera conjunta a fin de otorgar un plan de cuidados orientado a la atención eficiente, oportuna y de prevención de riesgos.

³Organización Panamericana de la Salud. Obesidad. [sede Web].OMS; 1990- [actualizada enero de 2012; acceso 11 de agosto de 2013]. Disponible en:http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category§ionid=96&id=824&Itemid=338

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

Objetivos Particulares

1. Aplicar el proceso atención de enfermería con el modelo de Virginia Henderson a un adolescente con sobrepeso.
2. Identificar necesidades alteradas que presente la persona y así poder elaborar un plan de atención que restablezca su salud.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Definición de Enfermería

Henderson establece que la función de enfermería consiste en "...ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar las actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila), que llevaría a cabo sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios, haciéndolo de tal modo que se le facilite la consecución de independencia lo más rápidamente posible".⁴

4.2. Enfermería como construcción disciplinar

El interés del ser humano por comprender, predecir o controlar un fenómeno natural aunado a la necesidad de investigar la interacción que tiene éste con su entorno ha sido el primer paso de acercamiento hacia la construcción de una teoría, cuyo objetivo final es generar un conocimiento. El área de enfermería también ha perseguido ese objetivo, enfocándose en el estudio de un fenómeno natural que es inherente al ser humano y cuya importancia está íntimamente ligada a su naturaleza, el cuidado.

Enfermería es una ciencia relativamente joven, recordemos que fue a mediados del siglo XIX cuando Florence Nightingale, enfermera, escritora y estadista británica, establece las bases filosóficas para la construcción disciplinar de enfermería, mismas que posteriormente serían retomadas por diferentes autores para el desarrollo de nuevos modelos y teorías y así dar origen a la Enfermería Moderna.

La concepción filosófica de Nightingale se llevó a cabo durante su estancia en el hospital de Barrack en Scutari, Constantinopla, en el margen de la guerra en Crimea. Al arribar al lugar observo que los soldados heridos se encontraban recostados en corredores sucios, mientras que los roedores emergían por doquier. Inmediatamente envió a sus acompañantes a comprar telas para hacer vendas y

⁴MarrierTomey Ann. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999. p. 99-100

construir camas de madera, mientras que en los periodos en que descansaban del cuidado de los heridos, ella y sus adjuntas realizaban la limpieza del lugar. Sentando así las bases de la sanitización.⁵

Florence Nightingale intento teorizar la labor de enfermería, expresando que el conocimiento de la enfermería debía ser distinto al conocimiento médico, identificó que enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona, creía en la perspectiva miásmica de la enfermedad, la cual se diseminaba a través de la atmosfera, y por tal razón hacia gran énfasis en la importancia de un ambiente adecuado, limpio, con aire y agua fresca. De manera inherente tenía la certeza de que es la naturaleza quien sana, y por ello las enfermeras tenían una posición privilegiada con respecto a los médicos para ubicar al paciente en el mejor sitio y que la naturaleza hiciera su trabajo.

A partir de este primer acercamiento para establecer las bases científicas en enfermería surgieron diferentes teóricas que pretendían analizar el qué y el porqué de enfermería. Por ejemplo, Shaw en el decenio 1880-89 explica la interacción enfermera-paciente y el rol de enfermería en salud pública entorno al autocuidado. Sin embargo, durante la mayor parte del siglo XX enfermería se vio suspendida por la adopción del modelo médico, el cual no solo se permeabilizo en la práctica, sino también en la educación.

El modelo médico se concentra sobre todo en el cuerpo físico, contemplando al individuo como una máquina; conformada por partes y sistemas, y cuando una parte se descompone, debe componerse. El modelo destaca a la enfermedad y su tratamiento farmacológico, mientras que los factores sociales y psicológicos carecen de importancia, manteniendo una filosofía de reduccionismo. Este apego limito la actividad de enfermería y entonces su rol era dar asistencia al médico pues su educación estaba monopolizada por ellos, bajo sus intereses.⁶

⁵Cutcliffe John. Modelos de enfermería. Aplicación a la práctica. México: El manual moderno; 2011. p.2

⁶Ibidem

Posteriormente en el decenio de 1950 a 1960, surgen nuevos intentos por conceptualizar a la enfermería a raíz del desencanto del modelo médico; la liberación de las mujeres, el surgimiento de la formación universitaria para enfermeras, la búsqueda de un estatus profesional, la necesidad de desarrollar una base científica y la creciente participación de los pacientes.

El liderazgo fue tomado por la enfermería psiquiátrica al formular el primer modelo conceptual contemporáneo de la enfermería. Las teóricas más destacadas fueron: Virginia Henderson (1955), Dorothea Orem (1959), Dorothy Johnson (1959) y Lydia Hall (1959). Con el surgimiento de la educación universitaria se forjó mayor interés en la concepción de metodologías que permitieran respaldar a la enfermería como disciplina, siendo en la década de 1960 cuando Ida Jean Orlando, enfermera estadounidense, discute por primera vez el proceso de cuidado de enfermería.

En México, desde las antiguas civilizaciones ya se hablaba de enfermería. Los aztecas, por ejemplo, sostenían la visión de que los acontecimientos astronómicos podían afectar las funciones corporales, y a la inversa, el comportamiento humano podía afectar el equilibrio y la estabilidad del universo. La religión azteca combinaba la religión del Estado con el shamanismo. La enfermedad era el resultado de un mal vivir.

“... Ticitl era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos (enfermera). Tlamatqui-ticitl era la partera. La enfermera administraba brebajes, ponía lavados intestinales, curaba dando fricciones, colocaba férulas, vigilaba los temaxcalli (baños de vapor para que sudando se alejaran los malos humores)...”⁷

Con el encuentro de dos mundos vemos que México inicia una nueva etapa histórica, y con esto una nueva manera de practicar la enfermería. En la época

⁷ Guajardo Cuevas Leticia. Breve Historia de Enfermería en México: *Revista de investigación en enfermería: Fesi-unam (Méx)* 2012;1(1)

colonial por el distinto bagaje inmunológico de americanos y españoles, se iniciaron una serie de epidemias desastrosas para la población indígena, como viruela, sarampión, gripe y paludismo. Con estas enfermedades los líderes sanitarios constituyeron al Protomedicato (máxima autoridad en lo referente a Medicina, Enfermería y Salud Pública) en busca de los tratamientos más oportunos.

Con los conquistadores vino una matrona, Isabel Rodríguez, quien asistió a los heridos además de dar asistencia a la mujer embarazada, figura que ha sido parte angular de la profesionalización de enfermería.

En 1524, se fundó el entonces llamado “Hospital de la Inmaculada Concepción”, hoy “Hospital de Jesús”, con la idea de establecer órdenes religiosas que prestaran atención a los enfermos. Había también enfermeras que hacían las primeras curaciones en hospitales y cárceles; solteras o viudas honestas de edad madura.

La construcción disciplinar de enfermería surge de manera formal en el año de 1905 con la inauguración del Hospital General (institución que constituye un “parteaguas” en el desarrollo médico) con la intención de formar enfermeras profesionales; sin embargo, este primer intento no tuvo el éxito esperado, atribuido a la poca demanda de aspirantes.

Posteriormente, en 1911 y hasta 1974 esta escuela de enfermería paso a formar parte de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de México, quien profesionalizó a enfermeras en función de las necesidades médicas.⁸

Con la fundación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en 1974, dirigida inicialmente por profesionistas médicos, la formación profesional de enfermería fue adquiriendo mayor autonomía e identidad propia. Actualmente,

⁸ Alatorre WynterEdda El surgimiento de la enfermería profesional en México. Reflexiones sobre carácter femenino. Revista de Enfermería. IMSS (Méx).1994;6(1).10

con la ayuda de los avances tecnológicos, científicos y académicos se ha fortaleciendo aún más nuestra disciplina.

4.3. Paradigma y metaparadigma de enfermería

Paradigma de enfermería

Paradigma proviene del latín. *paradigma*, y este del griego. *παράδειγμα*, que significa *ejemplo*. La Real Academia Española define la palabra paradigma como: esquemas formales en que se organizan las palabras nominales y verbales para sus respectivas flexiones. Es decir, el paradigma hace referencia a un modelo a través del cual se pretende explicar la forma en cómo ocurren los fenómenos.⁹

En 1970, Thomas Kuhn, destacado literato en temas de paradigmas, escribió un libro titulado *The Structure of Scientific Revolution*, donde argumenta que la sociedad adopta un paradigma específico para explicar por qué y cómo las cosas funcionan. Si el paradigma es funcional, este puede ser adoptado por mucho tiempo, periodo que se le denomina ciencia normal. Pero si en algún momento este paradigma no puede explicar un nuevo acontecimiento tendrá que sufrir una metamorfosis o en su defecto, se tendrá que buscar un nuevo paradigma ocurriendo así una revolución de creencias. Kuhn creía que los nuevos conocimientos y la comprensión de ellos eran el resultado de una serie de evoluciones, que conducen a una forma distinta de ver y explicar las cosas.¹⁰

En el campo de enfermería también se dan estos cambios porque las nuevas tecnologías en salud obligan al personal a modificar de manera dramática su base de conocimientos o habilidades. Por ejemplo: el cambio de la atención enfocada a un individuo a los cuidados dirigidos hacia una comunidad o; el cambio de la enseñanza de enfermería en los hospitales a la enseñanza en instituciones

⁹ Diccionario de la lengua española. [sede Web]. Vigésima segunda edición; 2013- [actualizada el enero de 2013; acceso 13 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=paradigma>

¹⁰ CutcliffeJonh, OP. CIT p. 17, 18

universitarias. Estos son algunos ejemplos que representan nuevos retos en el área de enfermería.

En contraste a los argumentos de Kahn, en 1977 Larry Laudan, filósofo y epidemiólogo estadounidense, emite una explicación distinta acerca del desarrollo del conocimiento. Él sostiene que la nueva información evoluciona a partir de la ya existente, es decir, el conocimiento nuevo se sostiene sobre el antiguo, y más que un cambio esto constituye una ampliación del mismo. Esta visión resulta aplicable a la disciplina de enfermería porque reconoce como el conocimiento del profesional de enfermería está en constante evolución.

Es verdad que ambas posturas describen de manera lógica y formal el desarrollo del conocimiento, pero cabe recordar que no fueron diseñadas para explicar de manera puntual la evolución del conocimiento de enfermería. Motivo por el cual en el año 2007 Afaf Meleis, metateórica nacida en Egipto, expone a partir de su experiencia en enfermería el desarrollo del conocimiento de esta profesión utilizando el término convolución, haciendo referencia a los periodos de altas, bajas, retornos, retrocesos y crisis. Y también esta postura es aceptable, pues enfermería es una disciplina joven y que con frecuencia el desarrollo del conocimiento resulta confuso y carece de coordinación.

A pesar de la búsqueda del paradigma de enfermería, actualmente no se ha encontrado uno que exponga el objetivo de enfermería y su quehacer.

Metaparadigma de Enfermería

La mayor parte de las profesiones cuentan con una imagen propia conceptualizada a través de términos específicos y característicos, mismos que influyen en su toma de decisiones, guían sus acciones y también participan en la construcción de teorías que respaldan el quehacer de diferentes disciplinas. Por ejemplo, los conceptos de diseño, material, forma y creación integran el metaparadigma de arquitectura, y a partir de esta se desarrollan diversos modelos.

En el caso de enfermería, Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de esta disciplina. Sin embargo, en 1974 Torres y Yura realizan un estudio, en donde toman una muestra de cincuenta programas de enfermería estadounidenses, acreditados por la Liga Nacional de Enfermería. La conclusión establece que los elementos de cuidado de enfermería; salud, humano y sociedad eran fundamentales para todos los programas educativos.

Posteriormente, en 1989 Jacqueline Fawcett utiliza el término metaparadigma quien lo define como: “La perspectiva global de cualquier disciplina que actúa como una estructura que encapsula y al interior de la cual se desarrollan los marcos de referencia conceptuales.”¹¹

Es así como un metaparadigma es una palabra que corresponde a una idea o visión global de lo que entendemos por enfermería, en tanto que esta estructura del conocimiento incluye, filosofías, modelos conceptuales, teoría e indicadores empíricos que vincula el mundo abstracto con el mundo concreto.¹²

La importancia del metaparadigma de enfermería representa un avance en su práctica y construcción disciplinar. Los elementos que la integran son: cuidado de enfermería, la salud, la persona y el ambiente. Estos conceptos dan vida a los modelos conceptuales de enfermería porque no sería posible la existencia de un modelo de enfermería que careciera de estos principios.

Afaf Meleis, en su obra *Theoretical Nursing: Development and Progress* (1985), utiliza el término dominio como la perspectiva y el territorio de una disciplina e identifica siete conceptos centrales en el dominio de enfermería. Estos son: paciente de enfermería, transiciones, interacción, proceso de cuidado, ambiente, terapéutica de enfermería y salud, estableciendo la relación entre estos conceptos.

¹¹ Cutcliffe, John, OP. CIT p. 13

¹² Cisneros G. Fanny Popayán, fundamentos de enfermería 1 teorías y modelos de enfermería, [sede Web]; 2005- [acceso 15 de septiembre de 2013]. Disponible en: [Http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/teoriasymodelosdeenfermeriaysuaplicacion.pdf](http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/teoriasymodelosdeenfermeriaysuaplicacion.pdf)

Meleis señala: la enfermera interacciona (interacción) con un ser humano en una situación de salud/enfermedad (paciente de enfermería), quien es una parte integral de su contexto sociocultural (ambiente), el cual se encuentra en algún tipo de transición o está anticipándola (transición), las interacciones enfermera-paciente se organizan entorno a algún propósito (proceso de cuidado) y la enfermera recurre a ciertas acciones (terapéutica de enfermería) para mejorar, inducir o facilitar el bienestar (salud).¹³

Sin embargo, al tratar de encapsular lo que es la visión mundial de la enfermería, ya sea metaparadigma o dominios se pueden resumir en cuatro elementos esenciales: cuidado de enfermería, salud, persona y ambiente. Aspectos que son fundamentales para construir y explicar los modelos de enfermería.

Salud

La Organización Mundial de la Salud la define como:

*«... un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»*¹⁴

De acuerdo a los diferentes modelos de enfermería, la salud representa un nivel de adaptación (Roy, 1980), un nivel apropiado de independencia (Roperet *al.*, 2000), un estado de totalidad (Orem, 1995) o un valor deseado (Travelbee, 1966). Neuman y Young analizan la salud como un bienestar, en tanto Orlando (1961) plantea la importancia del confort mental y físico.

Cuidado de Enfermería

La conceptualización de enfermería aún no es muy concretada, debido a que es una disciplina muy compleja conformada por diversos fenómenos.

¹³Raile Alligood Martha, Teorías y Modelos en enfermería 7ª ed. España: Elsevier; 2011. p.416.

¹⁴ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, [sede Web]. Conferencia Sanitaria Internacional; 1946- [acceso 17 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

4.4. Cuidado como objeto de estudio

Para poder identificar los cuidados de enfermería es necesario explicar el principio de identidad; explica Marie Françoise Collière: “*La identidad es una forma de individualización insertada a una red de pertenencia*”¹⁵. Es decir, los cuidados de enfermería poseen aspectos claves o sobresalientes que le generan individualidad con respecto a la red que representan los *cuidados* en forma general.

La identidad es un ente complejo debido a que posee variables descriptivas, interconectadas y organizadas, formando una red que constituye el cuerpo de “los cuidados de enfermería”. La identidad posee componentes de pertenencia y de continuidad; ambos no excluyen el cambio continuo y la modificación permanente. Estas características forman parte del cuidado de enfermería, pues están íntimamente ligadas al proceso de continuidad de la vida.

Collière argumenta:

“Para entender la naturaleza de los cuidados de enfermería se requiere volver a situarlos dentro del único contexto que les ha dado todo su sentido, su significado real: *el contexto de la VIDA* o, con mayor exactitud, *el contexto del proceso de VIDA y de MUERTE* al que el hombre y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia”¹⁶

Ahora bien, según la Real Academia Española define el término cuidar (Del ant. *coidar*, y este del lat. *cogitāre*, pensar) como asistir, guardar y conservar.¹⁷. En tanto Collière define el cuidado en primera instancia como: “...un acto de VIDA, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la VIDA y permitir que esta continúe y se reproduzca.”¹⁸

¹⁵Collière Marie Françoise. Promover la vida. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill; 2009

¹⁶ Ibídem

¹⁷Real Academia Española. Diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición. [sede Web] 2010- [actualizada el 2010; acceso 21 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidar>

¹⁸Collière Marie Françoise. OP. CIT. p.213

Por tanto, podemos entender el cuidado como un acto individual y de reciprocidad. Los cuidados están presentes durante todas las etapas de desarrollo del ser humano y, dependiendo de la evolución y el dominio del proceso dependencia-autonomía, será la necesidad de cuidados que requiera una persona en función de su edad.

Existen dos tipos de cuidados:¹⁹

- Los de costumbre o habituales: *care*, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida.
- Los de curación: *cure*, relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados *care*, tienen como función mantener la vida basados en todo tipo de hábitos, costumbres y creencias. Estos cuidados están limitados en la medida en que adquirimos autonomía, contribuyen a nuestro desarrollo y también se ven influenciados por las fuentes de energía vital.

Los cuidados *cure*, tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atacar sus causas. Permite la continuidad de la vida cuando se encuentran obstáculos o trabas como las enfermedades, un accidente o la guerra; aunque muchas veces solo es temporalmente, cabe recordar que estos cuidados siempre van acompañados de los cuidados habituales.

Desafortunadamente cuando existe un dominio de los cuidados de curación sobre los cuidados habituales en una persona, inevitablemente se agotan las fuerzas de energía vital llegando así a un deterioro irreversible.

Los cuidados de mantenimiento de la vida han estado presentes a lo largo de miles de años, seguramente porque el ser humano se encontraba indefenso ante las enfermedades o accidentes; sin embargo, con el descubrimiento de numerosas tecnologías y prácticas curativas, los cuidados de curación han adquirido mayor importancia e incluso el personal sanitario ha perdido de vista los cuidados *care*.

¹⁹ Colliere Marie Françoise. OP. CIT. p.213

Por tal motivo, es necesario que el personal de enfermería no se limite a tratar la enfermedad de la persona que está a su cuidado, sino más bien a tener un equilibrio entre los cuidados *care* y *cure*, como respuesta a las necesidades que presente la persona

4.5. Teorías de enfermería

4.5.1. Concepto de teoría, objetivos y ventajas

Las principales teorías que han contribuido al desarrollo de Enfermería como disciplina científica ofrecen una fundamentación para su ejercicio profesional. Para entender este proceso, es indispensable partir de una definición de término teoría, establecer sus objetivos y explicar las ventajas para la disciplina de enfermería.

Concepto

La Real Academia Española define teoría: (Del griego *θεωρειν*: contemplar) como una serie de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos.²⁰

Entretanto, Wolff (1988) conceptualiza a la teoría como un conjunto de conceptos interrelacionados que permite el análisis sistemático de un fenómeno y que posee cualidades de explicación y predicción. Potter (2002) dice que una teoría enfermera es la conceptualización de algunos aspectos de la enfermería, expresados con el propósito de describir, explicar y predecir y/o prescribir un cuidado enfermero.

Las teorías surgen cuando alguien percibe un fenómeno de la vida cotidiana, ante este hecho entonces se desencadenan interrogantes como: ¿por qué ocurre?, ¿para qué está ocurriendo?, ¿qué debe existir para que ocurra?. A partir de estas preguntas el profesional de enfermería también identifica fenómenos, con los cuales crea conceptos que se interrelacionan y al juntarse forman un modelo o

²⁰Real Academia Española. Diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición. [sede Web] 2010- [actualizada el 2010; acceso 24 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/>

teoría. La mayor parte de las teóricas han observado fenómenos como el de la gente que requiere autocuidado (Orem, 1995), o las personas con necesidades para adaptarse (Roy, 2003), entre otros.

Objetivos y ventajas.

El objetivo principal de una teoría es ampliar la base de conocimientos sobre la cual opera la práctica de enfermería. Los programas docentes elaborados para la preparación de los miembros de una profesión y sus prácticas, debe basarse en un cuerpo de conocimientos identificable, a fin de que la profesión registre adelantos. Estos conocimientos se confirman y amplían por medio de los procesos de investigación, quienes a su vez toman una o varias teorías específicas (Potter, 2002).

La teoría ayuda a adquirir conocimientos que permitan perfeccionar la práctica del profesional mediante la descripción, explicación, predicción y control de fenómenos; además de facilitar a los profesionales mayor autonomía de acción, ya que sirve como guía para los aspectos prácticos, educativos y de investigación.

El estudio de una teoría también permite desarrollar habilidades analíticas, estimula el razonamiento y delimita los objetivos de práctica, educación e investigación en enfermería. Cada modelo aporta una filosofía para entender la enfermería y el cuidado del paciente (Marriner, 1998).

4.5.2. Tipos de teoría

A lo largo de la historia, la enfermería ha desarrollado nuevas aptitudes y actitudes que le han permitido identificar problemas reales y potenciales que enfrentan diariamente los pacientes.

Actualmente, existe más de cincuenta modelos de enfermería desarrollados en el marco de la experiencia y la necesidad de establecer teorías que delimitan los fenómenos observables que conciernen a su dominio de estudio y, para transformar dichos fenómenos con base a datos más específicos. Se dice que una disciplina ha ganado su autonomía en el momento en que desarrolla sus métodos propios.²¹

Las teorías tienen distintos objetivos y pueden clasificarse según sus valores de abstracción. De acuerdo al sociólogo Merton (1968), existen tres tipos principales de teorías: las denominadas grandes, las de nivel medio y aquellas de alcance limitado.²²

Grandes teorías: también llamadas modelos conceptuales. Son teorías amplias, complejas y muy abstractas, pretenden describir y explicar cuestiones muy generales, fenómenos propios de una disciplina. Por ejemplo, la teoría de Orem (1995) intenta adoptar una visión global de la enfermería y su actuar en la práctica clínica, es decir, el cuidado de enfermería conceptualizado y organizado entorno al principio del autocuidado. Este acercamiento tan general de una teoría resulta útil como guía para las acciones, creencias, valores y actitudes de las enfermeras.

Teorías de nivel medio: estas teorías son más precisas, específicas y dirigidas, y de ordinario se basan en los resultados de la investigación. Son quizá de mayor beneficio para las enfermeras debido a que subyacen a la práctica, la cual recibe respaldo de la evidencia. Entre este tipo de teorías podemos encontrar la teoría del confort (Koncaba, 2001) o la teoría del apego materno (Mercer, 1995), por

²¹ Moran Aguilar Victoria, Mendoza Robles AL. Proceso de Atención de Enfermería. Uso de lenguaje NANDA, NIC y NOC. Modelos diferenciales. 3ª ed. México: Trillas; 2010.

²²Cutcliffe John. OP.CIT. p 5

mencionar algunas. En estas teorías es posible observar como cada una está compuesta por conceptos relacionados por afirmaciones, las cuales a su vez se integran por proposiciones.

Teorías de alcance limitado: también denominadas teorías de la práctica, son más específicas y concretas. Estas teorías indican al profesional de enfermería si una acción específica tendrá un efecto benéfico sobre un paciente, o si detener otra acción hará lo mismo. Por ejemplo, al girar a un enfermo cada dos horas puede evitar la formación de úlceras por presión o visitar a un paciente antes de la cirugía para lograr reducir su ansiedad posoperatoria son algunas de las teorías de alcance limitado.

4.5.3. Teoría de Virginia Henderson

“Las enfermeras deben de alguna forma ponerse en la piel de cada paciente para conocer que clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiado débiles para hablar, y así sucesivamente.”

Virginia Henderson (1897-1996)

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri. Durante la primera guerra mundial, despertó un interés particular por la enfermería. En 1918, ingresó a la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D. C., cuatro años después inicio su carrera como docente.²³

Su larga trayectoria profesional como autora e investigadora le permitió desarrollar un modelo conceptual basado en las necesidades humanas para la vida y la salud. El modelo teórico define de una manera completa el cuidado holístico, afirmando que es un servicio de ayuda al individuo, familia y comunidad, en la satisfacción de lo que denomina necesidades básicas.

²³MarrierTomey Ann, Baile Alligood A. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Madrid: HarcourtBrace; 1999

En los 14 componentes de la asistencia de enfermería, Henderson parte de las necesidades físicas para llegar a las unidades psicosociales, se observa una correlación con la jerarquía de necesidades confeccionadas por Abram Maslow.

Conceptos básicos de la teoría de Henderson²⁴

Persona. Individuo que necesita asistencia para recuperar su salud o independencia. Henderson sostiene que el cuerpo y el alma son inseparables. Además de contemplar a la persona y su familia como una unidad.

Salud. Henderson no dio una definición propia de salud, sin embargo en sus textos comparó la salud con la independencia. Interpretaba la salud como la capacidad que tiene la persona para la satisfacer sus necesidades de manera autónoma e independiente.

Entorno. Conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de una persona, familia o comunidad.

Enfermería. Henderson sostiene que el papel de la enfermera(o) consiste en ayudar al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o restablecimiento, o en su defecto ayudarlo a bien morir. Actividades que el mismo realizaría si tuviera fuerza, conocimientos o la voluntad necesaria.

Dependencia. Ocurre cuando se produce alguna circunstancia (fuente de dificultad), que impide la satisfacción de una o más necesidades, en este estado se justifica la intervención de enfermería.

Independencia. Capacidad de la persona, familia o comunidad para satisfacer sus necesidades básicas.

²⁴Fernández Ferrín, C. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. España: Masson; 1999

Necesidades. En la teoría de Henderson no aparece una definición concreta, pero se puede entender como todo aquello que es fundamental e inherente al ser humano para mantener su vida y asegurar su bienestar.

Las 14 necesidades básicas que la autora reconoce en la persona son:

1. Necesidad de oxigenación
2. Necesidad de alimentación e hidratación
3. Necesidad de eliminación
4. Necesidad de movimiento y buena postura
5. Necesidad de descanso y sueño
6. Necesidad de vestir
7. Necesidad de termorregulación
8. Necesidad de higiene e integridad de la piel
9. Necesidad de evitar peligros
10. Necesidad de comunicación
11. Necesidad de creencias y valores
12. Necesidad de trabajo y realización
13. Necesidad de recreación
14. Necesidad de aprendizaje

4.6. Proceso Atención de Enfermería

4.6.1. Definición, objetivo y características

El PAE es una herramienta que nos ayuda a identificar las necesidades alteradas y satisfechas del individuo, familia y comunidad de una manera integral y holística, asimismo planificar cuidados que contribuyan a restablecer la salud y prevenir las enfermedades. Es el método en la práctica de enfermería que permite prestar cuidados enfermeros de una manera lógica, racional, sistemática, organizada, e individualizada con el enfoque básico de cada persona o grupo.²⁵

²⁵ Alfaro L.R. Aplicación de Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª ed. España: Doyma; 1996

El PAE tiene como objetivo identificar las necesidades afectadas a fin de prevenir, corregir o reducir los problemas de salud. Este método resalta la importancia de planear y aportar cuidado de calidad. Por otra parte, también otorga un sustento metodológico para ayudar a reducir la dependencia de los pacientes y fomentar su independencia y autonomía. Impulsa la detección temprana de posibles complicaciones de los pacientes.²⁶

Características:

- Dinámico: porque cambia constantemente al evaluar los resultados
- Interactivo: porque requiere que la interrelación enfermera(o)- paciente, familia o comunidad, así como con otros profesionales.
- Flexible: la forma en cómo se adapta al ejercicio de la profesión y en diferentes teorías

Este método consta de cinco pasos que están interrelacionados, aunque el estudio de cada uno es por separado por su contenido metodológico

Las etapas del Proceso Atención de Enfermería son:

1. Valoración.
2. Diagnóstico de enfermería
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

4.6.2. Etapas del Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Es la fase primaria del PAE y se define como la organización y sistematización de los datos recolectados y los datos sobre el estudio del paciente, familia o

²⁶MarrinerAnn, Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque científico. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983. pp.1-19.

comunidad a través de fuentes directas (paciente, expediente clínico) o indirectas (familia, amigos u otras personas que traten con la persona, familia o comunidad).

Una valoración inicial tiene como objetivo obtener datos que nos permitan identificar las necesidades alteradas y los factores relacionados al desencadenamiento del problema de salud.

Criterios a seguir

1. Valoración céfalo caudal
2. Por aparatos o sistemas
3. Por patrones funcionales de salud

Tipos de datos

- a) Subjetivos. Son los que se obtienen del individuo y deben ser concretos; lo que la persona siente, ve o percibe. Solo el afectado las puede describir y verificar.
- b) Objetivos. Son aquellos que son cuantificables, podemos medirlos a través de escalas o instrumentos acreditados por la Academia de Enfermería.
- c) Históricos. Son los hechos ocurridos antes de que la persona presentara la enfermedad, tales como los antecedentes heredofamiliares, enfermedades previas, esquema de vacunación, hábitos alimenticios, estilo de vida, etc.
- d) Actuales. Es el estado de salud de la persona por el que cursa al momento de recibir la atención terapéutica.

Métodos de obtención de datos en el paciente

1. Entrevista clínica
2. Observación
3. Exploración física

Validación de datos

La información obtenida debe ser verificada. Para ello, es necesario que el profesional de enfermería mantenga una comunicación efectiva y clara con el paciente, y de ser necesario reformular las preguntas y así evitar los errores de interpretación. Los datos verdaderos son aquellos susceptibles a una evaluación con una escala médica objetiva: peso, talla, signos vitales, entre otros. Los datos subjetivos son sometidos a una valoración de confrontación en relación a otros buscando datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

Organización de los datos

Se trata de la agrupación de los datos obtenidos de forma que nos ayude a la identificación de problemas. Virginia Herderson, organiza estos datos de acuerdo a las necesidades humanas. También se pueden organizar por categorías o prioridades.

Documentación y registro de la valoración

Los lineamientos para la documentación de los datos son:

- Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales. Para la identificación de los datos subjetivos, emitidos por el paciente, familiar o comunidad debe estar referido con comillas.
- Las descripciones e interpretaciones de los datos objetivos se deben apoyar en pruebas concretas.
- Evitar generalizar y utilizar términos injustificados.
- Los hallazgos deben redactarse de manera minuciosa, clara, y concisa.
- Utilizar gramática y ortografía correcta.
- Las abreviaturas utilizadas deber ser de uso común.

Diagnóstico de Enfermería

Juicio clínico que expresa un problema real o potencial de una persona que requiere de la atención integral de enfermería con el objeto de resolverlo o atenuarlo.

Se lleva a cabo mediante:

1. Identificación del problema
2. Formulación del problema (Diagnóstico)

Categorías y componentes para la formulación de diagnósticos de enfermería (NANDA).

1. Etiqueta descriptiva o título. Ofrece una descripción concisa del problema (real o potencial). Representa un patrón o necesidad determinada.
2. Definición. Expresa un significado claro y preciso de la categoría.
3. Características definitorias. Cada diagnóstico tiene un título y una definición específica, esta es la que nos da el significado propiamente del diagnóstico, el título es solo sugerente.
4. Factores etiológicos o factores de riesgo. Todo elemento que contribuya a originar el problema de salud.

Tipos de diagnóstico

- Real. Es un juicio clínico que se emite a partir de que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias e identificables un problema de salud en la persona.
- De riesgo. Juicio clínico en el que una persona o comunidad, es vulnerable a desarrollar un problema de salud. Presentan factores de riesgo.
- Bienestar. La persona o comunidad tiene plena satisfacción en todas sus necesidades.

Planeación

Consiste en elaborar un plan de acción cuya finalidad es reducir o eliminar dichos problemas y promover la salud. El plan debe incluir:

- Establecer prioridades en los cuidados de acuerdo a la importancia de los problemas de salud detectados.
- Planteamiento de objetivos y resultados esperados; tanto de la persona como del profesional de salud.
- Planificar la intervención.
- Documentación, registro y fundamentación científica.

Ejecución

Llevar a la práctica el plan de cuidados. Implica las siguientes actividades:

1. Continuar con la recogida y valoración de datos para determinar si han aparecido nuevos problemas y cómo responde la persona.
2. Llevar a cabo las acciones prefijadas durante la planificación
3. Registrar y comunicar el estado de salud.

Evaluación

Comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios.

El proceso de evaluación consta de dos partes:

1. Recolección de datos sobre el estado de salud o enfermedad del paciente, familia o comunidad a evaluar.
2. Comparar los resultados esperados con los obtenidos.

Recordemos que la evaluación es continua, por tanto el personal debe estar monitorizando la evolución del paciente. Por ello, es que se pueden realizar

modificaciones al plan de cuidados o en su defecto cambiar por completo el plan para que las intervenciones de enfermería resulten más efectivas.

4.7. Características biológicas, psicológicas y sociales del adolescente

“La adolescencia es el periodo de vida durante el cual una persona madura, tanto física como psicológicamente, adquiriendo una identidad personal...”²⁷

El periodo de la adolescencia se subdivide en tres estadios:

1. Inicial: de los 12 a los 13 años
2. Medio: de los 14 a los 16 años
3. Final: de los 17 a los 20 años

Desarrollo físico

El crecimiento físico ocurre durante toda la adolescencia. En el caso del varón a menudo alcanza la estatura máxima entre los 18 y 19 años; mientras que la mujer alcanza su estatura máxima a los 15 o 16 años.²⁸

El crecimiento físico se encuentra influido por diferentes factores, como son: la herencia, la nutrición, las enfermedades, el ambiente físico y emocional e incluso la cultura. El crecimiento se ve reflejado en el aparato musculo esquelético, sin embargo, una mala postura puede representar un problema para el desarrollo físico.

Cambios glandulares. Durante la pubertad se vuelven funcionales las glándulas ecrinas y apocrinas; la primera se encuentra en casi todo el cuerpo, produciendo sudor; la segunda se desarrolla en las axilas, el área anal y genital, el conducto auditivo, en el ombligo y la areola mamaria. Las glándulas sebáceas se activan principalmente en la cara, cuello, hombros, espalda y tórax; cuando las glándulas se llegan a obstruir o inflaman el resultado es el acné.

²⁷KozierBarbara. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª ed. México: Mc Graw-Hill; 1999. p.1-19.

²⁸Ibidem.

Características sexuales. Durante la pubertad se desarrollan tanto los caracteres sexuales primarios como los secundarios. Los primarios están relacionados a los órganos reproductivos: testículos, pene, vagina y útero. Los secundarios son los que diferencian al hombre de la mujer, como es el desarrollo de las mamas y el cambio de voz. Normalmente, la madurez sexual se alcanza hasta los 18 años en el caso del varón, mientras que en la mujer es de los 18 a los 20 años.

Desarrollo psicosocial.

Erikson (1963) asegura que durante la adolescencia el individuo busca respuestas a las cuestiones: ¿Quién soy? y ¿Quién seré yo? Es decir, el adolescente tiene como propósitos el establecimiento de su identidad aún con el peligro de tener confusión en su papel.

Los adolescentes suelen preocuparse más por su aspecto y capacidad física y muchas veces se ven en la necesidad de formar parte de un grupo. Los adolescentes se esfuerzan día a día por conseguir una identidad sexual. El concepto que los adolescentes tienen de sí mismos depende en gran parte de la impresión sobre los demás. Si los demás aceptan sus defectos, entonces ellos se aceptan más fácilmente a sí mismos; de lo contrario, puede ocasionarles una confusión de identidad. Las relaciones y los grupos de adolescentes generan un sentido de pertenencia, autoestima e identidad propia.

Adquieren mayor seguridad y autonomía, su elección es más libre. Se plantean el sentido de iniciativa, su imaginación y ambición no tienen límites y aspiran a hacer grandes cosas. Estas características pueden causarles conflictos importantes dentro del núcleo familiar o social.

Cuando los adolescentes comienzan a establecer relaciones más íntimas con una o varias personas y experimentan su sexualidad (aunque no necesariamente suceda), podemos decir que es el primer acercamiento para sentar las bases de los compromisos que adquirirán en la etapa adulta. Ante este cambio, ellos necesitan saber que sus padres se interesan por ellos y desean seguir ayudándolo.

La necesidad de independencia, combinada con la necesidad de ayuda por parte de la familia puede crear conflictos. Por eso los jóvenes pueden parecer hostiles o deprimidos en algún momento.

Desarrollo Cognitivo.

Durante la adolescencia, la capacidad intelectual también madura. Piaget sostiene, que entre los 11 y los 15 años el adolescente comienza un estadio de *operaciones formales*; es decir, el adolescente puede pensar más allá del presente y del mundo real. Son idealistas y para este tipo de pensamiento requieren lógica, organización y coherencia. La capacidad del adolescente para observar y utilizar el conocimiento es amplia, permitiéndoles seleccionar sus propias técnicas de aprendizaje.

Desarrollo Moral

Kohlberg argumenta que los jóvenes adolescentes se encuentran dentro de un *nivel convencional* de desarrollo moral. A pesar de que la mayoría de los adolescentes aceptan las normas de ordenamiento social, en algún momento examinan estas normas y sí lo deciden pueden descartar algunas de ellas y retomar otras que consideren más adecuadas.

El siguiente nivel es el *psiconvencional* o *de principios*, en donde se cuestionan las leyes sociales, razón por la cual pueden entrar en conflicto con las mismas. Sin embargo, no todos los adolescente, ni adultos llegan a este nivel.

Desarrollo espiritual

Según Fowler, el adolescente o el adulto alcanza el estadio *sintetico-convencional*. En esta etapa, el individuo se encuentra inmerso dentro de una gran variedad de opiniones en cuanto a cuestiones religiosas, creyendo que esta diversidad tiene más semejanzas que diferencias, razón por la cual la persona se crea más cuestiones. Finalmente, el joven optará por quien mejor le convenza o decidirá abstenerse de alguna de ellas.

4.8. Principales alteraciones en el adolescente

Los cambios biológicos, psicológicos y sociales que se viven durante la adolescencia exponen a este grupo a una serie de riesgos y eventos determinantes para su salud actual y futura. Esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo que habrán de manifestarse durante la edad adulta como determinantes de la salud.²⁹

Entre los problemas que más aquejan a este sector se encuentran:

Salud Reproductiva

Los adolescentes son el segmento de la población que está en mayor riesgo de tener problemas en el área de su salud sexual y reproductiva como lo son: los altos contagios de ITS/VIH, embarazos no planeados y abortos.

Adicciones

El uso de drogas y alcohol ha aumentado entre los jóvenes y se ha convertido en una importante fuente de morbilidad y mortalidad. La detección es relativamente difícil, dado que los signos o síntomas que permiten descubrir a tiempo el uso de drogas en los adolescentes raramente son evidentes.

Nutrición

La desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad son los problemas más importantes de salud nutricional entre los adolescentes que deben ser atendidos.

²⁹ Fernández Cartón Sonia, El IMSS en cifras. La salud de los adolescentes. [sede Web]. IMSS: Imss.gob.mx; 2006- [actualizada el 15 de agosto de 2006; acceso 17 de octubre de 2013]. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A14.pdf

Violencia

Las principales causas de muerte entre los jóvenes son las relacionadas, directa e indirectamente, con la violencia. Las denominadas causas externas involucran los accidentes vehiculares, los homicidios y los suicidios.

4.9. Sobrepeso y obesidad en la adolescencia

Desde hace aproximadamente cuatro décadas se ha informado que la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia y la pubertad principalmente en ciudades desarrolladas e industrializadas.³⁰

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad son la principal causa de morbilidad (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos). En México, la obesidad y el sobrepeso son el principal problema de Salud Pública, pues nuestro país ocupa el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso, y segundo en adultos.

La OMS define como sobrepeso y obesidad a una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.³¹

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. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

³⁰ Calzada León Raúl. Obesidad en niños y adolescentes. México: ETM; 2003.

³¹ OMS. Obesidad y sobrepeso [sede web]; WHO centre; [Mayo, 2012;29 de septiembre 2013]. Dirección electrónica. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

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

Causas

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas.

El aumento progresivo de la prevalencia guarda relación directa con la mayor disponibilidad de nutrimentos, la presencia de malos hábitos alimentarios y la realización de menor trabajo físico para efectuar tareas cotidianas como actividades deportivas; este último determinado por el aumento de las horas destinadas a actividades sedentarias.³²

Síntomas

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo.

La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las

³² Calzada León Raúl. Obesidad en niños y adolescentes. México: ETM; 2003.

caderas, rodillas y tobillos. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes.

Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico basado en las medidas antropométricas y malestares (signos y síntomas) clínicos; que incluyen los datos antes mencionados.

Tratamiento

La forma más correcta y sana de prevenir y eliminar el sobrepeso y la obesidad es tener una dieta sana y hacer diariamente algún tipo de ejercicio. La mejor manera de perder peso es lenta, gradual y sostenida.

Todo paciente con sobrepeso requerirá de un manejo integral, que incluye el tratamiento médico-quirúrgico (en caso necesario), nutricional y psicológico, el cual deberá ajustarse a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Tratamiento quirúrgico: Esta indicado exclusivamente por el médico tratante, en los individuos con obesidad severa está asociado a comorbilidad importante y cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo endócrino.

Un manejo nutricional requiere:

- Valoración: evaluación del estado nutricional mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, pruebas de laboratorio y estilos de vida.
- Plan de cuidado nutricional: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimentarios.
- Control: seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones.

Complicaciones

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como:

- Enfermedades cardiovasculares que en 2008 fueron la causa principal de defunción: cardiopatía y accidente cerebrovascular
- Diabetes Mellitus
- Trastornos del aparato locomotor: osteoartritis
- Algunos cánceres: endometrio, la mama y colon.

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

El sobrepeso en niños y adolescentes se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos riesgos futuros, las personas con esta alteración sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

5. DESARROLLO DEL PROCESO

Presentación del Caso

Ficha de identificación

Nombre del paciente: MSC

Edad: 18 años

Peso: 86 kg

Talla: 1.70

IMC: 29.76 Kg/m²

Sexo: masculino

Ocupación: estudiante

Escolaridad: preparatoria

Estado Civil: soltero

Procedencia: D.F

Religión: católico

Diagnóstico Médico: Sobrepeso

Signos vitales:

T/A: 110/60

FC: 65 x´

FR: 23 x´

Temperatura: 36.5°

Antecedentes Heredo-Familiares

Tío paterno con Obesidad y Diabetes Mellitus Tipo 2, desconoce la edad.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa propia de tipo urbana con 4 cuartos donde habitan 6 personas, cuenta con sistema de drenaje y todos los servicios públicos, inmunizaciones completas; vida sedentaria, sin realizar ejercicio desde hace 3 años.

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades congénitas o propias de la infancia: interrogadas y negadas

Traumatismos, alergias, transfusiones e intoxicaciones: interrogadas y negadas.

Exploración física

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica con sobrepeso. Alerta, orientado en tiempo y espacio, cráneo normocefálico, sin hundimientos, no presenta exostosis, cabello bien implantado a piel cabelluda, limpia sin presencia de caspa o resequedad. Ojos simétricos, pupilas isocronicas y fotoreactivas. Mucosas orales hidratadas, con ausencia de segundos molares, presencia de caries y halitosis. Se observan de erupciones cutáneas en cara. Cuello corto cilíndrico, desplazable sin adenomegalias, no presenta rigidez.

Tórax simétrico, campos pulmonares bien ventilados, sin presencia de estertores ni sibilancias, ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, depresible al tacto, perístasis presente.

Genitales acorde a edad y sexo sin alteraciones, signo de Giordano negativo, miembros torácicos y pélvicos con adecuado tono muscular y reflejos presentes sin presencia de edema, llenado capilar de 3 segundos sin presencia de micosis ungueal.

Valoración de las 14 necesidades

1. Necesidad de oxigenación

Frecuencia respiratoria de 23 x', cuello cilíndrico sin adenomegalias, campos pulmonares con adecuada ampliación y amplexación, sin presencia de secreciones ni sibilancias. En la entrevista MSC refiere disnea, fatiga y cansancio principalmente cuando realiza actividades físicas, refiere ser fumador pasivo.

2. Necesidad de alimentación e hidratación

Sobrepeso: Peso de 86 kg, Talla: 1.70, Índice de Masa Corporal: 29.76 kg/m², ligera palidez de tegumentos, mucosas orales hidratadas, ausencia de segundos molares, presencia de caries y halitosis. Alta ingesta de grasas saturadas.

3. Necesidad de eliminación

Abdomen blando depresible al tacto, globoso a expensas de panículo adiposo, presencia de peristaltismo. Eliminación vesical e intestinal sin alteraciones. Órganos genitales acorde a edad y sexo.

4. Necesidad de movimiento y buena postura

Adecuada fuerza y tono muscular en miembros torácicos y pélvicos, presencia de reflejos, sin alteraciones de postura ni movimiento.

5. Necesidad de descanso y sueño

MSC presenta dificultad para conciliar el sueño, refiere insomnio y ansiedad, niega tomar siestas, manifiesta cansancio y bostezos durante la entrevista.

6. Necesidad de vestir

Utiliza ropa de acuerdo a su género y edad. No muestra alteración en esta necesidad.

7. Necesidad de termorregulación

Temperatura: 36.5 ° C, no presenta signos ni síntomas que reflejen una alteración en esta necesidad.

8. Necesidad de higiene e integridad de la piel

Tegumentos semihidratados, llenado capilar de 3 segundos, mucosas orales hidratadas, presencia de halitosis y caries. Erupciones cutáneas en cara (acné), uñas limpias y cortas sin datos de unicomicosis. Refiere baño diario y cambio de ropa total. Cabello bien adherido a piel cabelluda, limpio y sin presencia de caspa.

9. Necesidad de evitar peligros

Cuadro de inmunizaciones completo, utiliza medidas de seguridad de acuerdo al espacio; sin embargo, refiere presentar episodios de depresión y aislamiento social atribuido a su imagen corporal.

10. Necesidad de comunicación

Mantiene buena comunicación familiar, no presenta dificultad para comunicarse.

11. Necesidad de creencias y valores

Religión católica, necesidad satisfecha.

12. Necesidad de trabajo y realización

Necesidad satisfecha.

13. Necesidad de recreación

Necesidad satisfecha

14. Necesidad de aprendizaje

Expresa deseos de aprender, no presenta dificultades para el aprendizaje.

Análisis de Valoración

Necesidades

	Satisfacción	Insatisfacción	
		<i>Real</i>	<i>Potencial o de Riesgo</i>
1. Necesidad de oxigenación		X	
2. Necesidad de alimentación e hidratación		X	
3. Necesidad de eliminación	X		
4. Necesidad de movimiento y buena postura	X		
5. Necesidad de descanso y sueño		X	
6. Necesidad de vestir	X		
7. Necesidad de termorregulación	X		
8. Necesidad de higiene e integridad de la piel		X	
9. Necesidad de evitar peligros		X	
10. Necesidad de comunicación	X		
11. Necesidad de creencias y valores	X		
12. Necesidad de trabajo y realización			X
13. Necesidad de recreación	X		
14. Necesidad de aprendizaje	X		

DIAGNÓSTICOS REALES

Diagnóstico 1

Necesidad Alterada: Alimentación e hidratación

Causa de la dificultad: Voluntad y conocimiento **Grado de dependencia:**
Parcialmente

Alteración de la alimentación relacionada con alta ingesta de grasas saturadas manifestado por IMC 29.76 Kg/m², fatiga y disnea

Objetivo: Contribuir a disminuir el sobrepeso de MSC

Planeación de intervención	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">• Información acerca del sobrepeso y adecuada alimentación.• Apoyo al paciente a creer en su capacidad de cambio y desarrollar habilidades para poder lograrlo.• Referencia al nutriólogo.• Realización de ejercicio físico acorde a su capacidad y estado de salud.• Técnicas de relajación.• Orientarlo sobre los beneficios que se consiguen con la pérdida de peso (disminución de TA, mejoría del dolor osteo-articular, mejoría de la función cardio-respiratoria, etc.)	<p>Es fundamental explicar al adolescente y su familia qué es el sobrepeso, causas y complicaciones; debido a que es la base para una mayor adherencia al tratamiento, en muchas ocasiones de larga duración.³³</p> <p>Al hacer recomendaciones hay que evitar prohibiciones absolutas y permitir pequeñas excepciones, ya que puede conllevar riesgos de alteraciones de desarrollo, crecimiento, osteopenia o trastornos de conducta alimentaria.</p> <p>Los mecanismos que se relacionan entre sí y que tienen por objeto regular el peso corporal y el volumen de depósito de energía comprenden:</p>

³³ Moreno Esteban Basilio. La obesidad en el tercer milenio. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p.130.

	<ul style="list-style-type: none">▪ Regulación del apetito y la conducta nutricional a nivel hipotalámico.▪ Gasto energético ligado a la actividad física, al crecimiento y a la acción dinámica específica de los alimentos.³⁴
--	---

Ejecución

De acuerdo al plan de intervención, se realizaron las actividades establecidas ofreciendo un plan dietético (anexo 1), resolviendo dudas. Se planteó técnicas sobre el ejercicio y su desarrollo paulatino.

Evaluación

En un principio el paciente presento una negación, sin embargo, al explícale la importancia del tratamiento accedió. También se dio orientación a la familia ya que es una pieza clave para llevar a cabo el plan de cuidados. Ambos, mostraron interés y se comprometieron a seguir las indicaciones.

³⁴ Calzada León. OP.CIT pp 8

Diagnóstico 2

Necesidad alterada. Oxigenación

Causa de la dificultad: Fuerza

Grado de dependencia: Parcialmente

Alteración de la necesidad de oxigenación relacionada con sobrepeso manifestado por disnea, cansancio, y fatiga

Objetivo: Contribuir a mejorar la oxigenación de MVS

Planeación de Cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">▪ Posición semifowler.▪ Oxigenoterapia por razón necesaria.▪ Información y demostración de técnicas de respiración y relajación como yoga o meditación.▪ Orientación sobre la importancia de la actividad física.▪ Hidratación y hábitos saludables.▪ Monitorización respiratoria mediante la toma de frecuencia respiratoria y auscultación pulmonar.	<p>Quando el paciente tiene sobrepeso disminuye la capacidad de amplexación y amplexión pulmonar debido al aumento de volumen abdominal, lo cual le produce un aumento en la demanda de oxígeno y por consiguiente disnea. Con la posición semifowler se permite una mayor expansión torácica por gravedad.</p> <p>La oxigenoterapia se utiliza con el fin de prevenir y tratar los síntomas y las complicaciones de la hipoxia, cualquiera que sea su etiología, la administración de oxígeno a concentraciones mayores a las del aire ambiente (21%). Se recomienda el suministro de oxígeno a bajas concentraciones en pacientes con enfermedad aguda o crónica con hipoxemia y dificultad respiratoria leve o recuperación post anestésica.³⁵</p>

³⁵ Cano Valle Fernando. Enfermedades respiratorias. Temas selectos. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2006

	<p>El ejercicio aeróbico se basa en el desarrollo de actividades con menor intensidad con el objetivo de conseguir mayor resistencia. Para obtener la energía necesaria para realizar estas actividades, es preciso quemar hidratos y grasas, y para ello se necesita oxígeno además de incrementar la capacidad pulmonar.</p> <p>La función primaria de la monitorización es proporcionar un aviso precoz de sucesos, que si no se detectan a tiempo pueden conducir a la alteración de un órgano, mientras que auscultar nos permite valorar la calidad de movimiento del aire a través del sistema pulmonar e identificar la presencia de ruidos anormales.³⁶</p>
--	---

Ejecución

Se explicó y oriento sobre la posición semifowler y las ventajas de la misma para lograr una mayor oxigenación. La actividad física, de relajación e hidratación complementaron el tratamiento para MSC. Después de un semana se realizó nuevamente la valoración de la necesidad de oxigenación para realizar una evaluación.

³⁶Ibidempp 32

Evaluación

MVC adopto la posición semifowler para mejorar su oxigenación, la actividad física represento para él un gran reto, motivo por el cual su ejercicio es moderado, pero refiere sentirse más cómodo. La disnea y fatiga son menos frecuentes motivo por el cual no fue necesario recurrir a la oxigenoterapia. Las técnicas de respiración y relajación también le han sido muy útiles para optimizar su oxigenación.

Diagnóstico 3

Necesidad alterada. Descanso y sueño

Causa de la dificultad: Conocimiento **Grado de dependencia:** Parcialmente

Alteración de la necesidad de descanso y sueño relacionado con ansiedad y malestar físico manifestado por insomnio, bostezos y expresión verbal

Objetivo: Contribuir a mejorar el descanso y sueño de MSC

Planeación de cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">▪ Manejo ambiental y confort▪ Orientación sobre técnicas de relajación antes de dormir: ropa cómoda, respiración, imaginación, terapia de masaje, etc.▪ Recomendar posiciones cómodas▪ Planificar tiempos de siesta	<p>Es medida de comodidad la disposición de un ambiente en óptimas condiciones tanto de limpieza como física (iluminación tenue, eliminación de ruidos innecesarios, etc.) con la finalidad de proteger al paciente de riesgos mecánicos, químicos y térmicos y que favorezcan su descanso.³⁷</p> <p>Las técnicas de relajación a la hora de irse a la cama facilitan la transición del estado de vigilia al de sueño, además de disminuir el estrés.</p> <p>La terapia de masaje mejora la circulación de la sangre y la linfa, por lo tanto favorece oxigenación celular, y la eliminación de toxinas, al establecer un estado de relajación general facilita el acceso a un descanso más intenso.</p> <p>Con frecuencia, las deformidades y las contracturas se evitan mediante una</p>

³⁷ Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. México: Manual Moderno; 1999

	<p>posición adecuada. Es esencial mantener un alineamiento corporal correcto mientras se está en cama para un óptimo descanso.³⁸</p> <p>Planificar tiempos de siesta permite ayudar a equilibrar el tiempo total del sueño. Disuadir en las siestas cortas (menos de 90 min) porque refrescan físicamente a la persona y reducen así el estímulo para ciclos de sueño más largos en los que se obtienen con el sueño REM³⁹</p>
--	--

Ejecución

Se otorgó la orientación y demostración de técnicas de relajación, haciendo énfasis en la respiración y el masaje. Con el apoyo de la familia se identificarón factores ambientales que afectaban el descanso optimo de MSC, las siestas fueron programadas acorde al tiempo y disposición de la persona para poder llevarlas a cabo.

Evaluación

MSC refirió sentirse más satisfecho con las técnicas de relajación notando mejoría en su descanso, durante las entrevistas posteriores MVS no mostraba síntomas de alteración de la necesidad del sueño y descanso. Sin embargo, las siestas no pudieron ser llevadas a cabo debido a los horarios del paciente.

³⁸ Brunner OP. CIT p142

³⁹ Urden Linda D. Prioridades de enfermería en Cuidados Intensivos 3ª ed. Madrid: HarcourtBrace; 2001

Diagnóstico 4

Necesidad alterada. Higiene e integridad de la piel

Causa de la dificultad: Conocimiento **Grado de dependencia:** Parcialmente

Alteración de la necesidad de higiene (oral) relacionado con malos hábitos higiénico dietéticos manifestado por presencia de caries y halitosis.

Objetivo: Mantener boca y lengua limpias, dientes sin caries y mucosa integra estableciendo hábitos de higiene que lo garanticen.

Planeación de cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">▪ Orientación a MSC sobre la importancia de una conducta saludable.▪ Establecer una rutina de cuidados bucales.▪ Educación para salud sobre la promoción de hábitos saludables en la alimentación: limitar la ingesta de azúcares y almidones.▪ Explicación y demostración de la técnica correcta de cepillado bucal y uso de hilo dental.▪ Referencia al dentista.	<p>La adolescencia es un período de riesgo para la salud bucal, las enfermedades prevalentes pueden ser prevenidas con prácticas de autocuidado y medidas de protección específica.</p> <p>La higiene bucal para la remoción de placa bacteriana origina respuestas variables, si bien los adolescentes manifiestan que es la medida más fácil de poner en práctica no se comprometen tan fácilmente a su ejecución diaria.⁴⁰</p> <p>Los azúcares y almidones de muchos alimentos y bebidas ayudan a la formación de placa y la misma destruye el esmalte dental, tales como los caramelos, frituras, refrescos, etc. Una dieta equilibrada con alimentos de los</p>

⁴⁰García de Valente M. Shirley. Adolescencia y Salud bucal. [sede Web].Adolescencia Latinoamericana; 2008- [actualizada el Febrero 2012; acceso 3 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a06v01n3.pdf>

	<p>cinco grupos constituye una gran diferencia para su salud bucal.</p> <p>El uso de hilo dental debe ser parte de la rutina diaria de higiene para la remoción de placa de los nichos ecológicos que ofrecen los espacios interdientales.</p> <p>Una buena higiene bucal comienza por un correcto cepillado de dientes, seguido del uso del enjuague bucal pero sin abusar del mismo.⁴¹</p>
--	---

Ejecución

Se orientó sobre la importancia de mantener hábitos saludables y cuidados para la higiene bucal, resolviendo dudas y verificando que MSC comprendiera la técnica de cepillado y uso de hilo dental y enjuague bucal. Se refirió a un dentista para la realización de limpieza.

Evaluación

MVS comprendió la importancia de la higiene bucal, muestra una correcta técnica de cepillado de dientes y uso de hilo dental. No ha podido acudir al dentista por falta de recursos económicos; sin embargo, la halitosis ha disminuido aunque todavía persiste la caries que cederá con el transcurso del tiempo, de lo contrario será indispensable insistir en la referencia al dentista.

⁴¹ Silva García Luis. Cuidados enfermeros en atención primaria. Madrid: Eduforma; 2006 p. 15

Diagnóstico 5

Necesidad alterada. Higiene e integridad de la piel

Causa de la dificultad: Voluntad

Grado de dependencia: Parcialmente

Alteración de la integridad de la piel relacionada con cambios hormonales de la adolescencia y alta ingesta de carbohidratos manifestado por acné.

Objetivo: Contribuir a una adecuada integridad de la piel

Planeación de cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidados de la piel (tratamiento tópico).▪ Baño con agua y jabón neutro.▪ Vigilancia de la piel.▪ Autocuidados: higiene.▪ Lavado de manos.▪ Referencia al dermatólogo.▪ Ingesta suficiente de líquidos.	<p>Un exceso de sebo en la piel da lugar a que los poros se dilaten y tiendan a obstruirse. El poro se cierra y el sebo queda alojado en su interior, apareciendo el acné.</p> <p>La piel y mucosas son la primera línea de defensa contra agentes patógenos. El uso de emolientes proporciona humedad y vitalidad a la piel.⁴²</p> <p>En el baño se limpia la piel y mucosas mediante el arrastre de células muertas, además de estimular la circulación sanguínea y se ejercitan todas las partes del cuerpo.</p> <p>Los factores que influyen en el volumen de los líquidos corporales son la edad, sexo y grasa corporal. En términos generales las personas jóvenes tienen un porcentaje de líquidos corporales más alto que otros de mayor edad, y los varones más que las mujeres. Las</p>

⁴² Rosales OP. CIT p. 181

	personas con obesidad tienen menos líquidos que los esbeltos, ya que las células grasas contienen poca agua. ⁴³ El dermatólogo podrá prescribir un tratamiento específico en función del tipo de acné.
--	--

Ejecución

Se orienta a MSC sobre los cuidados para la higiene e integridad de la piel e importancia de la hidratación. Se plantea la posibilidad de acudir con un dermatólogo a fin de recibir un tratamiento específico y farmacológico.

Evaluación

MSC presenta mejoría en la hidratación de la piel, se observa disminución de lesión tisular, motivo por el cual se abstiene de acudir al dermatólogo al observar su mejoría.

⁴³ Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería Medico-Quirúrgica. 9ª Ed. México. Mc Graw-Hill; 2000

DIAGNÓSTICO DE RIESGO

Diagnóstico 6

Necesidad alterada. Evitar peligros

Causa de la dificultad Fuerza y conocimiento

Grado de dependencia: Parcialmente

Riesgo de alteración de la necesidad de evitar peligros relacionado con trastorno de la imagen corporal y episodios de depresión.

Objetivo: MSC expresará sentimientos positivos para sí mismo y sus capacidades.

Planeación de cuidados	Fundamentación
<ul style="list-style-type: none">▪ Apoyo emocional estableciendo una relación de confianza con MSC.▪ Referencia al psicólogo▪ Potencialización de la autoestima y seguridad mediante estrategias para mejorar su aspecto general, higiene, cuidado personal, control de peso, etc.▪ Fortalecer el apoyo familiar.▪ Recomendar la terapia en grupo▪ Manejo del peso mediante la somatometría.	<p>Una interacción enfermera-paciente permite proporcionar estrategias para fortalecer la auto-concepción del paciente a través de la identificación de cualidades y valores que posee la persona.⁴⁴</p> <p>La consulta con un especialista en salud mental le permitirá al paciente obtener ayuda, apoyo o consejo especializado.</p> <p>El apoyo familiar facilita el afrontamiento individual del paciente.</p> <p>El incorporarse a un sistema social de apoyo que promueve la interacción social.</p>

⁴⁴ Silva. OP. CIT, p 17.

Ejecución

Fue necesario en primera instancia crear un entorno tranquilo y una relación de confianza para animar al adolescente a expresar sus sentimientos, transmitiéndole en todo momento seguridad para formarse una imagen de sí mismo lo más positiva y natural posible. La incorporación de la familia fue esencial para llevar a cabo las intervenciones planeadas. También se explicó la posibilidad de acudir a una consulta psicológica para recibir una atención especializada.

Evaluación

La familia expresó el deseo de ayudar al adolescente mediante la participación activa en el plan establecido para MSC quien finalmente optó por acudir a la consulta psicológica. Después de algunas semanas MSC mostraba una percepción positiva de su imagen corporal, además de manifestar mayor entusiasmo con su tratamiento.

6. CONCLUSIONES

La profesión de enfermería posee un conjunto de conocimientos propios basados en teorías, mismas que le permiten explicar y analizar al cuidado como objeto de estudio dándole un carácter científico.

La elaboración de este Proceso de Atención de Enfermería se llevó a cabo mediante el modelo teórico de Virginia Henderson, el cual me permitió establecer cuidados de enfermería individualizados y holísticos no sólo para el adolescente con problemas de sobrepeso, sino también para la familia, cuya participación fue fundamental para efectuar las intervenciones planeadas.

Cabe mencionar que los objetivos planteados en este proyecto se alcanzaron satisfactoriamente tanto para el paciente como el propio. Se detectaron oportunamente las necesidades reales y potenciales que ponían en peligro la salud de la persona.

El haber llevado a cabo este PAE me dejó grandes satisfacciones, entre ellas mayor confianza para desempeñar una práctica profesional autónoma mediante el razonamiento crítico y sobre todo fortalecer la relación enfermera-paciente a través de sus diferentes formas de comunicación prestando una atención de calidad para el fomento de la salud, la prevención y el tratamiento de las necesidades humanas, así como su conservación.

Finalmente, la enfermería como parte del equipo de salud adquiere un rol importante para la promoción de hábitos saludables con el objeto de prevenir el sobrepeso y la obesidad, mediante un enfoque holístico y el diseño de prácticas terapéuticas que contribuyan a la independencia y autocuidado de la persona.

7. BIBLIOGRAFIA

- Aguilar Victoria, Mendoza Robles AL. Proceso de Atención de Enfermería. Uso de lenguaje NANDA, NIC y NOC. Modelos diferenciales. 3ª ed. México: Trillas; 2010.
- Allgood
- Alfaro L,R. Aplicación de Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 3ª ed. España: Doyma; 1996
- Brunner y Suddarth. Tratado de enfermería Médico-Quirúrgica. 9ª ed. México. McGraw-Hill; 2000
- Cano Valle Fernando. Enfermedades respiratorias. Temas selectos. 3ª ed. Madrid: Elsevier; 2006
- Calzada León Raúl. Obesidad en niños y adolescentes. México: ETM; 2003.
- Colliere Marie Françoise. Promover la vida. 2ª ed. México: McGraw-Hill; 2009
- Cutcliffe John. Modelos de enfermería. Aplicación a la práctica. México: El manual moderno; 2011.
- Kozier Barbara. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y práctica. 5ª ed. México: Mc Graw-Hill; 1999.
- Marriner Ann, Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque científico. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 1983
- MarrierTomey Ann. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999
- Martha, Teorías y Modelos en enfermería 7ª ed. España: Elsevier; 2011.
- Moreno Esteban Basilio. La obesidad en el tercer milenio. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
- Raile Moran Fernández Ferrín, C. El proceso de atención de enfermería. Estudio de casos. España: Masson; 1999
- Rosales Barrera Susana. Fundamentos de enfermería. México: Manual Moderno; 1999
- Silva García Luis. Cuidados enfermeros en atención primaria. Madrid: Eduforma; 2006 .
- Urden Linda D. Prioridades de enfermería en Cuidados Intensivos 3ª ed. Madrid: HarcourtBrace; 2001
- Guajardo Cuevas Leticia. Breve Historia de Enfermería en México: *Revista de investigación en enfermería: Fesi-unam (Méx)* 2012;1(1)
- Alatorre Wynter Edda El surgimiento de la enfermería profesional en México. Reflexiones sobre carácter femenino. *Revista de Enfermería. IMSS (Méx)*. 1994;6(1).10
- Diccionario de la lengua española. [sede Web]. Vigésima segunda edición; 2013- [actualizada el enero de 2013; acceso 13 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=paradigma>
- Cisneros G. Fanny Popayán, fundamentos de enfermería 1 teorías y modelos de enfermería, [sede Web]; 2005- [acceso 15 de septiembre de 2013]. Disponible en [Http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/teoriasymodelosdeenfermeriaysuaplicacion.pdf](http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/teoriasymodelosdeenfermeriaysuaplicacion.pdf)
- La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, [sede Web]. Conferencia Sanitaria Internacional; 1946- [acceso 17 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición. [sede Web] 2010- [actualizada el 2010; acceso 21 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=cuidar>
- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española Vigésima segunda edición. [sede Web] 2010- [actualizada el 2010; acceso 24 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae>

- Fernández Cartón Sonia, El IMSS en cifras. La salud de los adolescentes. [sede Web]. IMSS: imss.gob.mx; 2006- [actualizada el 15 de agosto de 2006; acceso 17 de octubre de 2013]. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A14.pdf
- OMS. Obesidad y sobrepeso [sede web]:WHO centre; [Mayo, 2012;29 de septiembre 2013]. Dirección electrónica. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- García de Valente M. Shirley. Adolescencia y Salud bucal. [sede Web].Adolescencia Latinoamericana; 2008- [actualizada el Febrero 2012; acceso 3 de Octubre 2013]. Disponible en: <http://ral-adolesc.bvs.br/pdf/ral/v1n3/a06v01n3.pdf>

8. ANEXOS

PLAN DE ALIMENTACIÓN

Dietas hipocalórica

Objetivos

1. Corto plazo: contribuir a la pérdida de peso a expensas de la grasa corporal, lo que significa que debe mantenerse la masa libre de grasa.
Peso teórico vs pérdida 10-15% del peso inicial.
2. Largo plazo: es lograr que el paciente adopte hábitos alimentarios adecuados, lo cual requiere un cambio permanente de conducta
3. Vinculado al anterior, es el incremento progresivo del nivel de actividad física y su sostenimiento durante toda la vida.

Requerimiento de energía

Restar de 500-1000 kcal a partir del registro de la dieta habitual. Estimar requerimiento a partir de peso, talla y edad.

Distribución de macronutrientes

Proteínas 1.2 a 1.5 g/kg peso ideal o deseado

Hidratos de Carbono: Aportar mínimo 100 g para evitar cetosis.

Principios de un plan de alimentación saludable:

- ✓ Procurar variedad de frutas y verduras.
- ✓ Reducir la ingesta de grasas saturadas y evitar las frituras.
- ✓ Comer en pequeñas cantidades, racionadas, controlar la cantidad de calorías.
- ✓ Limitar el consumo de azúcar y productos derivados (productos de pastelería, galletas rellenas o bañadas de chocolate) o evítelas.
- ✓ Masticar bien los alimentos, disfrutándolos en cada comida .
- ✓ Comer en forma ordenada y mantener horarios fijos de comidas.

- ✓ Elegir alimentos ricos en fibra
- ✓ Tomar al menos dos litros de agua al día.

Las recomendaciones alimentarias consisten principalmente en la limitación de ingesta de grasas saturadas. Para esto tendremos en cuenta la siguiente selección de alimentos:

- **Lácteos:** La leche y los yogures serán deslactosados. Se aconsejan de 2-3 raciones al día para asegurar un aporte adecuado de calcio.
- **Carnes y pescados:** Se seleccionarán cortes magros y se retirará la grasa visible antes de la cocción. En el caso de las aves, quitar toda la piel. Evitar alimentos ricos en grasa saturada, como los embutidos y el tocino. Se recomienda consumir pescado al menos tres veces a la semana.
- **Huevos:** Es un alimento muy completo que presenta una proteína de alto valor biológico. Se incluirá preferentemente cocido o pasados por agua y se evitará la fritura.
- **Cereales, legumbres y tubérculos:** Aportan principalmente hidratos de carbono complejos, muy útiles en el control del apetito porque aumentan la sensación de saciedad.
- **Frutas y verduras:** Elegir frutas crudas de consistencia firme, evitando las piezas cocidas o los batidos que aportan menor saciedad. Se recomienda un alto consumo de verduras y hortalizas. Lo ideal es consumir al menos cinco raciones diarias entre frutas y verduras.
- **Grasa y aceites:** Utiliza métodos de cocción que precisen poca grasa (plancha, horno, papillote), reduciendo el uso de frituras, salsas grasas y rebozados. Se recomienda el uso del aceite de oliva.
- **Azúcar y derivados:** Restringir los alimentos con alta concentración de azúcares: azúcar, mermelada y refrescos. En su lugar, utiliza edulcorantes y refrescos dietéticos que no aporten calorías.

Es importante recordar que la actividad física regular resulta imprescindible en el tratamiento del sobrepeso, especialmente durante la etapa de mantenimiento para evitar la recuperación del peso perdido.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN EL MODELO DE NECESIDADES HUMANAS DE
VIRGINIA HENDERSON
ACADEMIA DE FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA**

Datos de identificación:

Nombre. **M. S. C.** Edad: **18 años** Sexo: **M** Ocupación: **Estudiante**
Estado civil: **Soltero** Religión: **Católica** Escolaridad: **Preparatoria**
Domicilio: **Calz. Ignacio Zaragoza. Col. 4 árboles. Del. Venustiano Carranza. D.F**
Unidad de salud donde se atiende_ **Domicilio**

Signos vitales:

Respiración: Frecuencia 23 Ritmo Normal Expansión torácica: Simétrica X
Profundidad: Superficial _____ Profunda x
Pulso: Frecuencia 65 Ritmo: Regular x Irregular _____ Intensidad: Fuerte x
Débil _____
Temperatura: 36.5 Tensión arterial 110/60 mm Hg.
Somatometría: Peso 86 kg Talla 1.70 m Índice de Masa Corporal: **29.76 Kg/m²**
Perímetro abdominal 98 cm

VALORACIÓN DE NECESIDADES:

1. Oxigenación:

¿Tiene algún problema para respirar? No, **Sí**. Describa: **sensación de ahogo, principalmente durante actividades físicas o durante el sueño, ocasionalmente (2 veces por semana)**

¿Se ha expuesto al humo de leña? **No** ¿ha fumado en algún momento de su vida? No, **Sí**.
¿Cuántos cigarrillos al día? **Ocasional (solo 1 a la semana)**, ¿Convive con fumadores? No, **Sí**.
¿Ha convivido con aves? **SI**

¿Tiene la sensación de que le falta el aire cuando camina? No, **Si** ¿Tiene la sensación de que le falta el aire al subir escaleras? No, **Si**. ¿Su casa está ventilada? No, **Si**. ¿Hay fábricas de cemento, asbesto u otra que contamine en la cercanía de su casa? **No**, **Sí**. ¿Tiene familiares con problemas para respirar? **No**, **Sí**. ¿Le han diagnosticado hipertensión? No, **Sí**. ¿Tiene problemas cardiacos? **No**, **Sí**. ¿Tiene familiares con problemas del corazón? **No**, **Sí**. ¿Toma algún medicamento? **No**, **Sí**.

Explore:

Región cardiopulmonar: (ruidos pulmonares, movimientos torácicos) **campos pulmonares ventilados, con adecuada ampliación y amplexación**

Dificultad respiratoria: **No**, **Si** Fatiga: No, **Si**, Tos: **No**, **Sí** Expectoración: **No**, **Sí**. Coloración de la piel **Rosada**. Llenado capilar: **3** segundos.

2. Alimentación e hidratación:

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante el desayuno? Cantidades en ración.

Leche y cereal mientras tiene actividades escolares(1 ración), en el hogar o fuera de ella consume carbohidratos saturados en promedio de 3 a 4 raciones.

¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la comida? Cantidades en raciones:

Carnes y verduras (ocasionales) ¿Cuáles son los alimentos que acostumbra consumir durante la cena? Cantidades en raciones: **Carnes rojas y alimentos saturados. Dos porciones.**

¿Come entre comidas? **No Si** ¿Qué alimentos consume? **Frituras y alimentos chatarra.** ¿En dónde acostumbra comer? **En la escuela, hogar o establecimientos públicos** ¿Con quién acostumbra comer? **Familiares y compañeros de la escuela**

¿Considera que su estado de ánimo influye en su alimentación? No, **Si** ¿Porqué? **Cuando no siente saciedad refiere sentir depresión y fatiga**

¿Cuáles son los alimentos que le agradan? **Comida chatarra, carnes rojas y alimentos saturados.** ¿Cuáles son los alimentos que le desagradan? **Mariscos y derivados** ¿Cuáles son los alimentos que le causan intolerancia? **Ninguno** ¿Cuáles son los alimentos que le causan alergia? **Ninguno** ¿Tiene problemas para masticar? **No Si** ¿Tiene dentadura completa? No, **Sí.** ¿Usa prótesis? **No, Sí** ¿Tiene problemas con su peso? No, **Sí** ¿Por qué? **IMC 29.76 kg/m²** ¿Considera que tiene adecuada digestión de los alimentos? No, **Sí.** ¿Por qué? **No tiene problemas para evacuar.**

¿Cuántos vasos de agua toma al día? **7-5 vasos** ¿Acostumbra tomar refrescos? No, **Sí**

Cantidad **1-2 latas diarias** ¿Acostumbra tomar café? **No, Sí** ¿Acostumbra tomar alcohol? **No, Sí.** ¿Toma suplementos alimenticios? **No, Sí.**

Cavidad oral: **Mucosas orales hidratadas, ausencia de segundos molares y presencia de caries y halitosis.**

3. Eliminación.

¿Cuántas veces evacua al día? **2 veces** ¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: Esfuerzo para defecar: **No, Si.** Dolor anal al evacuar **No, Si.** Dolor abdominal al evacuar **No, Si.** Flatulencias No, **Si.** Tenesmo **No, Si.** Meteorismo **No, Si.** Incontinencia **No, Si.** Prurito **No, Si.** Hemorroides **No, Si.** Cuando presenta problemas para evacuar, ¿qué recursos utiliza? **Laxantes** ¿Qué hábitos le ayudan a evacuar? **no utiliza** ¿Qué hábitos le dificultan la evacuación? **No utiliza** ¿Que características tiene la evacuación? **Sólidas.**

¿Cuántas veces orina al día? **5 veces** ¿De qué color es su orina? **Normal** ¿Qué olor tiene su orina? **inolora** ¿Presenta algunos de estos signos o síntomas?: Disuria **No, Sí.** Poliuria **No, Si.** Nicturia **No, Sí.** Retención de orina **No, Si.** Urgencia para orinar **No, Si.** ¿Qué recursos utiliza cuando tiene problemas para orinar? **No utiliza** ¿Usted suda? No, **Si.** ¿Cómo es su sudoración? **Es continua** ¿Bajo qué condiciones suda? **Al realizar actividades que requieren esfuerzo como subir escaleras, correr, entre otras.**

En caso de hombres

¿Presenta alguna alteración en la eyaculación? **No**

Explore:

Región abdominal, fosas renales, genitales: **abdomen globoso y depresible al tacto sin presencia de dolor o molestias, signo de Giordanos negativos. Genitales acorde a edad y sexo, sin alteraciones.**

4. Movimiento y mantener buena postura

¿Tiene algún problema que le dificulte la deambulación? **No**, Si. ¿Tiene dificultad para moverse? **No**, Si. ¿Utiliza apoyos para desplazarse? **No**, Si. ¿Cuáles la postura habitual relacionada con su ocupación? **Deambulación y estar sentado** ¿Cuántas horas del día pasa usted en esta postura? **12 horas**

¿Presenta alguno de estos signos o síntomas?: dolores óseos, musculares, articulares, contracturas o presencia de temblores. **No**, Si. Movimientos involuntarios **No**, Si. Le falta fuerza o Debilidad muscular **No**, Si. Edema, ardor, comezón o hematomas en alguna parte del cuerpo. **No**, Si. Mareos, pérdida del equilibrio o desorientación. **No** Sí. ¿Realiza usted alguna actividad física? **No**, Sí.

Explore:

Postura, marcha, movimientos, flexibilidad, resistencia articular, reflejos: **adecuada deambulación, postura erguida, reflejos presentes y sin alteraciones.**

5. Descanso y sueño

¿Usted descansa durante el día? **No**, Sí. ¿Cuántas horas duerme habitualmente? **6 horas**
¿Presenta alguna de estas alteraciones del sueño?: Dificultad para conciliar el sueño **No**, **Si**.

¿Se despierta fácilmente? **No**, **Si**. Sueño agitado, **No**, **Si**. Pesadillas, **No**, **Sí**. Nerviosismo, **No**, **Si**.

¿Se levanta durante la noche? **No**, **Si**. ¿Por qué? **Ansiedad e insomnio** ¿El lugar que usted utiliza favorece su sueño? **No**, **Si**. ¿Por qué? **Cree que es el adecuado** ¿Acostumbra tomar siesta? **No**, **Si**. ¿Qué hace para conciliar el sueño? **Escuchar música y jugar video juegos.**

Explore:

(Ojeras, atención, bostezo, concentración, actitud de desgano, cansancio, adinamia)

Presenta bostezos ocasionales y en ocasiones fatiga y adinamia.

6. Vestido

¿Qué ropa utiliza cuándo hace frío o calor? **Acorde al clima**

Cuando llueve **abrigadora** ¿Su ropa le permite libertad de movimiento? **No**, **Si** ¿Expresa sentimientos a través de su ropa? **No**, **Si**. ¿La ropa que usa usted la elige? **No**, **Si**. ¿Es capaz de desvestirse y vestirse solo? **No**, **Si**.

Explore:

Ropa de acuerdo a su género, edad, uso de distintivos y limpieza

7. Termorregulación

¿Sabe cómo medir la temperatura? Sí___ **No**___ ¿Presenta alteraciones de la temperatura? **No**, **Si**. ¿Qué medidas toma para controlarla la temperatura cuando tiene alteraciones? **Antipiréticos como el paracetamo o sí lo requiere acude al médico.**

8. Higiene

¿Con que frecuencia se baña? **Diario** ¿Cada cuando se lava el cabello? **Diario**. Lavado de manos después del baño. **Si** ¿El cambio de ropa es? Parcial Total ¿Cada cuando lava sus manos? **después de ir al baño y antes de ingerir alimentos**. ¿Cada cuando realiza el cuidado de las uñas? Pies: **Cada 15 días** Manos **cada 15 días** ¿Cada cuando cepilla sus dientes? **una vez al día** ¿Para el aseo de sus dientes utiliza hilo dental? **No**, Si. ¿Utiliza prótesis dental? **No**, Si. ¿Cuándo realizó la última visita al Dentista? **Hace aproximadamente una año** ¿Necesita ayuda para realizar su aseo personal **No**, Si.

Explore: (Estado de la piel y mucosas, uñas, cabello, cavidad bucal, limpieza, coloración, estado de hidratación y presencia de lesiones): **Tegumentos hidratados, presencia de acné en cara y espalda, mucosas orales hidratadas, presencia de caries, uñas limpias y sin datos de unicomicosis.**

9. Evitar peligros

Prácticas sanitarias habituales:

Esquema de inmunizaciones completo **No**, Si. Toxoide Diftérico **No**, **Si**. Toxoide tetánico **No**, Si. Hepatitis **No**, **Si**. Neumocócica **No**, **Si**. Influenza **No**, Si. Rubéola Sarampión **No**, **Si**. Otra _____
Revisiones periódicas en el último año: **si** Exploración prostática **No**, Si.

Protección contra Infecciones de Transmisión Sexual (uso de condón) **No**, **Si**. Seguimiento del plan terapéutico prescrito **No**, **Si**. Automedicación **No**, **Si**. Nombre del medicamento: **antigripales, analgésicos** ¿Consumo de drogas de uso no médico? **No**, Si.

Uso de medidas de seguridad: Cinturón de seguridad **No**, Si. **Ocasionalmente**

Uso de pasamanos **No**, **Si**. Uso de asideras **No**, Si. Uso de lentes de protección **No**, **Si**.

Aparatos protectores para la audición **No**, Si. Bastón **No**, Si. Percepción de su imagen corporal: ¿Cómo se ve, y se siente físicamente? **En ocasiones triste y adinámico** ¿Es capaz de dar solución a sus problemas? **No**, **Si**. ¿Es capaz de mantener su seguridad física? **No**, **Si**. ¿Cuenta con las medidas de seguridad?:

En el trabajo **No**, **Si**. ¿Las utiliza? **No**, **Si**.

Escuela: **No**, **Si**. ¿Las utiliza? **No**, **Si**.

Casa: **No**, **Si**. ¿Las utiliza? **No**, **Si**.

¿Percibe algún tipo de sufrimiento? **No**, **Si**.

¿Cuál es la causa? **Depresión y aislamiento social**

10. Comunicación

Idioma materno: **Español** ¿Tiene alguna alteración en los órganos de los sentidos que le impida comunicarse eficientemente? **No**, **Si**. ¿Cuál? Vista **x** oído _____ olfato _____ gusto _____ tacto ¿Afectación verbal? **No**, Si.

Tipo de carácter: **Colérico** Auto percepción: Optimista _____ Pesimista _____

Realista **x** Introvertido Extrovertido

¿Tiene dificultad para? Comprender **No**, Si. Aprender **No**, Si. Concentrarse: **No**, **Si**.

Lectoescritura: **No**, Si. ¿Cómo es la comunicación con su familia? **Buena**

Explore:

(Características del lenguaje verbal, modelos de expresión, costumbres, cambios de expresión verbal, humor, apoyos como aparatos auditivos etc. y estado de conciencia).

No presenta dificultad para comunicarse.

11. Creencias y sus valores

¿Qué es importante para usted, en la vida? **Familia** ¿Además de ese valor que otras cosas son importantes? **Estudio y alimentación** ¿Qué opinión tiene de ayudar a personas desconocidas? **Es bueno ayudar a las personas que en verdad lo requieran:** Ejemplos en casos de desastre **Terremoto, inundación** ¿Siente que la vida le ha dado lo que usted ha esperado de ella? **Si** ¿Sus creencias sobre la vida o sureligión que le ayudan a enfrentar problemas? **Si**

Explore datos subjetivos:

Observar coherencia entre lo que la persona dice, lo que realmente hace. Ejemplo:

- a) Lee con frecuencia
- b) Usa estampas, cuadros, crucifijos, escapularios, otros
- c) Prácticas de oración y rezos
- d) Al hablar expresa peticiones u oraciones en voz alta a Dios o algún santo
- e) Dice ser ateo, no acepta que le hablen de nada espiritual, se ríe de creencias
- f) Solicita la presencia de: Sacerdote, pastor, rabino u otro guía espiritual.

En cuanto a creencia expresa creer en un Dios, es católico y eventualmente acude a ceremonias religiosas.

12. Trabajar y realización

¿Qué actividades realiza diferentes a su trabajo? **Sólo estudia** ¿Tiene alguna ocupación no remunerada? No, **Si.** ¿Cuál? **Estudios** ¿Tiene alguna capacidad diferente o limitación? **No, Si.** ¿Necesita algún cuidado especial? **No, Si.** ¿Puede trabajar? No, **Si.** ¿Considera usted que tiene algún tipo de dependencia? **No, Sí** ¿Tiene dificultad para integrarse socialmente? (familia, amistades, compañeros o grupos y comunidad) **En algunas ocasiones** ¿Requiere ayuda para realizar alguna actividad? **No, Si.** ¿Con que frecuencia logra cumplir las metas que se propone? **Casi siempre** ¿A qué lo atribuye? **Responsabilidad y apoyo de mis familiares** ¿Cuáles son sus metas de vida? **Tener una maestría y ser un profesional exitoso**

Explore: Actitud positiva, es realista pero en algunos temas pesimista.

13. Recreación

¿Con que frecuencia se encuentra usted con ánimos de reír y divertirse? Nunca_____ Pocas veces___ Casi siempre __x___ Siempre _____ ¿A qué atribuye Usted este estado de ánimo? **Al entorno** ¿Qué actividades recreativas acostumbra realizar usted para divertirse? Cine **x** teatro__Lectura__**x** TV **x** Música**x** Baile__Fiesta___ Reuniones con amistades y familiares__**x**___Otros__**video juegos**

¿Con qué frecuencia tiene usted cambios bruscos de su estado de ánimo y fácilmente pasa de la risa al enojo o llanto? Nunca ____ Pocas veces ____ Casi siempre **x** Siempre ____
¿Le han diagnosticado a usted síndrome depresivo? **No**, Si. ¿Su estado de ánimo influye para realizar alguna actividad recreativa? No, **Si**. Especifique

Necesita estar de buen ánimo para realizar sus actividades, de lo contrario no las realiza

14. Aprendizaje

¿Considera Usted que necesita adquirir nuevos conocimientos? No, **Si** ¿Por qué? **Por necesidad**
¿Cómo considera usted que es su capacidad de aprender? Muy Baja ____ Me cuesta trabajo pero sí aprendo ____ Regular **x** Casi no me cuesta trabajo ____ No me cuesta ningún trabajo ____
¿De qué fuente adquiere conocimientos? Lectura **x** otras personas ____
Televisión **x** Radio ____ Cursos ____ Conferencias **x** Otros **internet** ____
¿Lo que ha aprendido ha modificado su estado de salud? No, **Si**. ¿Ha adquirido actitudes y habilidades para mantener su salud) No, **Si**.

Explore:

Expresa deseos de aprender.