

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

OBESIDAD RELACIONADA CON EL GASTO DE ENERGÍA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

REYES HERNÁNDEZ MARÍA AZUCENA

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. SILVIA VEGA HERNÁNDEZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2017





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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Obesidad relacionada con el gasto de energía

Elaborado por:

1.	<u>Reyes</u>	<u>Hernández</u>	<u>María Azucena</u>	Núm. de cuenta:	<u>411513434</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre		Núm. de cuenta

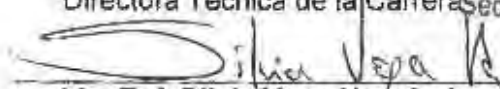
Alumna (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 24 de mayo de 2017

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



SECRETARÍA DE SALUD

ÍNDICE.

I.	INTRODUCCIÓN.	1
II.	JUSTIFICACIÓN.	3
III.	OBJETIVOS.	
	3.1 Objetivo General.	5
	3.2 Objetivos Específicos.	5
IV.	METODOLOGÍA.	6
V.	MARCO TEÓRICO.	
	5.1 Enfermería como profesión disciplinar.	8
	5.1.1 Enfermería como profesión.	8
	5.1.2 Enfermería como disciplina.	12
	5.2 El cuidado como objeto de estudio	19
	5.2.1 Antecedentes.	19
	5.2.2 Tipos de cuidado.	22
	5.3 Teoría de Enfermería.	23
	5.3.1 Concepto.	24
	5.3.2 Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería.	26
	5.3.3 Teoría de Virginia Henderson	27
	5.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana enferma.	32
	5.4.1 Concepto.	32
	5.4.2 Objetivos.	32
	5.4.3 Descripción de las etapas.	33
	5.5 Obesidad.	37
	5.5.1 Epidemiología.	37
	5.5.2 Etiología.	39
	5.5.3 Fisiopatología.	41
	5.5.4 Tipos de Obesidad.	43
	5.5.5 Signos y síntomas.	44
	5.5.6 Diagnósticos.	45

5.5.7 Consecuencias.	47
5.5.8 Tratamiento.	52
VI. DESARROLLO FÍSICO Y COGNOSCITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA ADULTEZ MEDIA	61
6.1 Desarrollo cognoscitivo.	63
6.2 Desarrollo psicosocial.	63
VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN ENFERMERÍA.	
7.1 Presentación del caso clínico.	66
7.2 Instrumento de Valoración de Enfermería (Virginia Henderson).	71
7.3 Priorización de los diagnósticos de enfermería (Necesidades de Virginia Henderson).	76
7.4 Diagnósticos de enfermería (Necesidades de Virginia Henderson).	77
7.5 Diagnósticos Reales.	80
7.6 Diagnósticos Potenciales.	94
7.7 Diagnósticos de bienestar.	97
VIII. CONCLUSIONES.	101
IX. BIBLIOGRAFÍA.	103
X. ANEXOS.	108

I. INTRODUCCIÓN.

La Obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéricos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida así como determinantes sociales y económicos.

Se caracteriza por un aumento en los depósitos de grasa corporal y por ende ganancia de peso, causados por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de energía de los alimentos excede al gasto energético y, como consecuencia, el exceso se almacena en forma de grasa en el organismo.

El balance positivo de energía es la causa inmediata de la obesidad; sin embargo, la falta de correspondencia entre la ingestión y el gasto de energía tiene sus orígenes en un sistema causal de gran complejidad, donde diferentes factores biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos se interconectan, integran e interactúan modificando las características de la alimentación y la actividad física, haciendo difícil el control y prevención de esta enfermedad tanto a nivel individual como poblacional.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, los niveles actuales de sobrepeso y obesidad en la población mexicana representan una amenaza a la sustentabilidad de nuestro sistema de salud, por su asociación con las enfermedades no transmisibles y por el uso de recursos especializados y de mayor tecnología que imponen a los servicios de salud altos costos para su atención.

La Promoción de la Salud, es un pilar para la implementación de acciones que contribuyan al desarrollo de aptitudes personales para la salud y fomentar estilos de vida saludables. El profesional de enfermería juega un papel fundamental en este proceso mediante la implementación de intervenciones de educación para la salud ya que mediante el diseño de programas educativos se deberá orientar a

las personas para que sean autónomas y responsables de su propia salud y así mismo en colaboración con enfermería y otros profesionales del área de la salud, los guíen para obtener una combinación de componentes cognitivos, habilidades prácticas, conocimientos, motivación, orientación de valores, actitudes, el manejo de las emociones y otros elementos para una acción efectiva en beneficio de su salud.

Con base a lo anterior, se realiza el presente Proceso de Atención de Enfermería, fundamentado en el Modelo de Atención de Virginia Henderson a una persona en su domicilio, que le permita al profesional de enfermería utilizar sus conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta humana ante un problema de salud real, potencial o de bienestar. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades de la persona o del sistema familiar. Además de establecer un plan de cuidados de manera individualizada, mediante la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se otorguen, desde una perspectiva enfermera, cuidados sistematizados, lógicos y racionales.

II. JUSTIFICACIÓN.

El exceso de grasa corporal (sobrepeso y obesidad) es un problema de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud y la rapidez de su incremento en la salud de la población que la padece, ya que aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas, así como la muerte prematura y la discapacidad en personas jóvenes.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas), poniendo a México en segundo lugar como el país con mayor número de personas adultas con sobrepeso u obesidad.

La obesidad y sus complicaciones son un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, dislipidemias, hipertensión arterial, por tanto, el tratamiento de la obesidad debe ser la prevención o control de las enfermedades crónicas asociadas. En México, estas enfermedades son la primera causa de mortalidad general.

La meta es la prevención de nuevos casos de obesidad, disminuir la incidencia de las complicaciones y reducir la incapacidad/mortalidad. El tratamiento para la obesidad debe ser multidisciplinario para brindar mayores beneficios contra el impacto social que causa la Obesidad en México, así como las campañas en los medios de comunicación masiva, en los trabajos, etiquetando los alimentos o comidas rápidas.

En términos económicos, se requiere evidencia de intervenciones de política pública costo-efectivas contra la Obesidad para informar a las personas y seguir estructurando estrategias para el manejo de la prevención y control de enfermedades crónicas.

Con base a lo anterior es importante que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia como parte de su perfil profesional fomente una práctica centrada en el cuidado, la prevención, privilegiando la salud de la persona y la vida, sustentado en el metaparadigma, en las teorías y en la tecnología propia de la enfermería.

III. OBJETIVOS.

4.1 Objetivo General:

Elaborar un Proceso de Atención de Enfermería a una persona Adulta con un índice de masa corporal mayor a 30Kg/m^2 en su domicilio con el fin de proporcionar una atención holística y de calidad con base al Modelo de Atención de Virginia Henderson.

4.2 Objetivo Específico:

- Valorar e Identificar las necesidades alteradas en la persona con el fin de jerarquizarlas y diseñar los diagnósticos de enfermería real, potencial y de bienestar.
- Diseñar un Plan de Cuidados de enfermería para la atención domiciliaria, respetando su dignidad para contribuir a la mejora de su salud.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería de manera conjunta para la adopción de nuevas conductas que le ayuden a la paciente a mantener su propio bienestar.
- Evaluar las intervenciones de enfermería de manera continua para verificar los resultados esperados, así como el progreso de su Autocuidado para el fomento de su salud.

IV. METODOLOGÍA.

Se seleccionó la opción de titulación de trabajo escrito con replica oral, mediante la elaboración de un Proceso Atención de Enfermería en el que se desarrollen todas las etapas del método sistemático: Valoración, Diagnóstico, Planeación, Ejecución, y Evaluación del cuidado de enfermería. El cual será aplicado a nivel domiciliario.

Se eligió a una persona adulta del sexo femenino con un IMC mayor a $30\text{Kg}/\text{m}^2$, a la cual se le informó previamente, para que de esta manera se obtuviera el consentimiento informado y llevar a cabo el desarrollo del caso clínico.

Es importante mencionar que se tomó como referencia el Modelo de Atención de Virginia Henderson, para basar la práctica en conocimientos teóricos. Se realiza una Valoración basado en catorce Necesidades, de forma directa la cual arroja datos de gran importancia que me permiten identificar las necesidades, para el manejo y la elaboración del Plan de Cuidados, tomando como referencia el estado de salud de la persona mencionada.

Al identificar las necesidades estas se priorizaron para continuar con la elaboración de los diagnósticos de enfermería reales, potenciales y de bienestar, con ello llevar a cabo la implementación del Plan de Cuidados a través del diseño de intervenciones de enfermería que me permitirán establecer actividades para el logro de los resultados.

Al término de este Plan de Cuidados de Enfermería se procesa la información obtenida durante el desarrollo del estudio, y se integran en un solo documento para la revisión general del trabajo, se realiza una revisión más por parte del personal de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con estudios incorporados a la U. N. A. M.

Por último se recaban firmas para la autorización de impresión de ejemplares del trabajo, se envía el archivo a la imprenta, para la impresión y empastado y hacer

entrega de ejemplares a la biblioteca Central de la U. N. A. M.; quedando también un ejemplar en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud del Distrito Federal con estudios incorporados a la U. N. A. M.

La elaboración del Proceso de Atención Enfermería se llevó a cabo durante el mes de Octubre del 2016 al mes de Enero del 2017 revalorando el estado de salud de la persona mediante el peso y la estatura por mes. Se diseñaron auxiliares didácticos tales como cartel y trípticos para las pláticas informativas. También se utilizó cinta métrica, hojas blancas, bolígrafos, glucómetro, básculas, baumanómetro y estetoscopio para la valoración de la persona elegida.

V. MARCO TEÒRICO.

5.1 Enfermería Como Profesión Disciplinar.

La profesión implica la generación de un conjunto de conocimientos avanzados y destrezas, un sistema de valores elaborado, que es transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplia. Las profesiones de la salud tienen el compromiso de llevar a cabo actividades relacionadas con la función social de preservar la salud, cuidar y mantener la vida. En lo que respecta a esta profesión, se han planteado los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales: **Enfermería – Cuidado, Salud, Persona y Entorno**, como los ejes que le permiten establecer lineamientos para comprender el **ser, el saber y el quehacer** y se acepta que la profesión solo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica.¹

Enfermería como profesión a través de su práctica cotidiana, dirige su labor hacia la persona, familia y comunidad, los trabajadores, los escolares y los ancianos entre otros en los diferentes escenarios (social, político, asistencial y gerencial), para favorecer el desarrollo armónico del ser humano en sus diferentes espacios y así fortalecer sus capacidades y potencialidades en pro del cuidado de su salud y el logro de sus aspiraciones de vida y bienestar.

5.1.1 Enfermería Como Profesión.

La enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo de un concepto de enfermería como profesión. Es por ello que en los últimos años se le ha dado un auge a esta profesión reconociendo la necesidad de un rol ampliado de su práctica en diversos ámbitos, ejerciéndose además un

¹ Caval V.E. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería No.6 Vol. 6 (Internet) Consulta (20 de enero 2017) disponible en: https://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev_enfermeria_vol6_a6

control sobre el sistema de educación, el reclutamiento y capacitación del personal, ya que como profesión forma parte en los esfuerzos para mejorar el futuro de la calidad en la atención a la salud.

Según la definición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española; profesión proviene del latín “profession-onis”, acción y efecto de profesar, empelo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución².

Con base a lo anterior se describen siete características de las profesiones propuestas por *(Ellis y Hartle) en 1997* enfocadas a la profesión de enfermería

Características.

- Tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo.
- La utilización del método científico.
- Formar los profesionales en instituciones de alto nivel educacional.
- Funcionar con autonomía en la formulación del control profesional de sus actividades profesionales.
- Desarrollar un código de ética profesional.
- Reconocer a las profesiones como una contribución a la sociedad por los servicios que presta.
- Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica.

❖ Un cuerpo de conocimientos intelectuales.

Enfermería se basó en conocimientos de otras disciplinas, actualmente posee un cuerpo de conocimientos en los que se fundamenta la práctica de la profesión, representados en teorías y modelos que sustentan su quehacer, el cual se ha construido a través del tiempo y del trabajo investigativo de su profesión.

² Burgos M.M. Paravic T.K. Enfermería como profesión (Internet); 05 de Noviembre del 2016 (Consulta); Disponible http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm

❖ **Utilización del método científico.**

Los diferentes campos de acción de las profesiones incluyendo la enfermería, requieren métodos, instrumentos, estrategias, medios y recursos que guíen la consecución de los logros esperados y la sistematización de las experiencias. Por esto, entre los elementos académicos necesarios para la construcción del perfil profesional de enfermería en el área de la gestión se proponen, el proceso atención de enfermería a través del cual se aplica el método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados con el fin de mejorar la atención brindada a las personas, la planeación estratégica, como instrumento básico de la gestión y la planificación de los servicios de enfermería a partir de los aportes de la perspectiva poblacional,³.

❖ **Forma a sus profesionales en instituciones de educación universitaria.**

Florence Nightingale desarrolló el primer programa de formación para enfermeras en 1860, en la llamada Nightingale Training School for Nurse en el St. Thomas Hospital, cuyo objetivo era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de entender enfermos pobres, y por otro lado, enfermeras capacitadas para formar otras⁴.

La Secretaría de Salud de México caracteriza las tendencias de la práctica de enfermería como un servicio científico-social propio, centrado en el concepto integral del hombre y en preposiciones de carácter científico derivadas del planteamiento teórico- científico de los cuidados y de una identidad profesional y disciplinar. El desarrollo de la profesión en las instituciones de salud a partir de la oferta de estudios de posgrado de nivel especialidad, maestría, doctorado hace

³ Orrego S. Silvia; Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: reflexiones acerca del proceso. (Internet); 05 de Noviembre del 2016 (Consulta), 6(2) Pág.; Disponible

http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4793/1/OrregoSilvia_1999_MetodosTrabajoEnfermeriaReflexiones.pdf

⁴ Cárdenas Jiménez Margarita, Zárate Grajales Rosales; Construcción disciplinar de enfermería ENEO-UNAM; ENEO-UNAM; 34(24): 1-34.

pensar que enfermería está avanzando para cumplir con el objetivo principal de la profesión.⁵

❖ **Posee autonomía para la regulación de sus actividades profesionales.**

Autonomía profesional, significa que las personas que capacitan una profesión controlan sus propias funciones. La autonomía de las enfermeras; se comienza a superar con la formación de un cuerpo de conocimientos, la aplicación de métodos de investigación, la construcción de modelos y teorías que orienten al quehacer y fundamenten la práctica, emergiendo la autonomía de los cuidados de enfermería como el objeto central de estudio, siendo este el cuidado del individuo.

❖ **Desarrollar un código de ética profesional.**

El ejercicio profesional de cuidado de enfermería supone un compromiso de naturaleza ética en la relación con el paciente, en la relación consigo mismo, con sus colegas, con la sociedad y la humanidad en general. El Código de Ética impone a los miembros de la profesión de enfermería, en quienes recae la responsabilidad de cumplir con los estándares establecidos, el deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad⁶.

❖ **Reconocimiento de la profesión por su contribución social.**

El servicio profesional a la sociedad exige integridad y responsabilidad en la práctica ética y un compromiso social. El compromiso del profesional de enfermería debe ser un compromiso inalienable, en el que la relación de los ciudadanos de enfermería se establece en una relación de confianza, donde el

⁵ Idem (4).

⁶ Colegio de profesionales de la Enfermería de Puerto Rico; Código de Ética (Internet); 05 de Noviembre del 2016 (Consulta); Disponible <http://cpepr.org/sobre-nosotros/codigo-de-etica>

otro deposita su confianza en las habilidades y fines del profesional durante la atención⁷.

❖ **Compensación a los profesionales por medio del desarrollo profesional y seguridad económica.**

El desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial, por tal motivo, dicho desarrollo debe sustentarse en un sistema de formación articulado, unas estructuras profesionales reconocidas y flexibles para que haya posibilidades de movilidad profesional y acceso a oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial, además apunta que se deben promover y establecer remuneraciones adecuadas, reconocimientos y ascensos⁸.

5.1.2 Enfermería Como Disciplina.

Enfermería pertenece a las disciplinas humanas porque está orientada a producir “conocimiento sobre seres humanos”, y está relacionada con la naturaleza y estructura del todo sobre ese conocimiento humano. De acuerdo a la definición de disciplina del Diccionario Oxford: es una rama de instrucción o educación, de aprendizaje del conocimiento, por lo que podríamos decir que la enfermería en si es una disciplina, ya que ella es una rama del conocimiento que se enseña en facultades, universidades o instituciones de educación superior⁹.

La enfermería al ser una disciplina, posee dos variantes para su análisis, reflexión y desarrollo. Por una parte, como disciplina ha profundizado y teorizado en su objeto de estudio el “**cuidado**”, ha determinado que su razón de ser es centrarse

⁷ Idem (6).

⁸ Idem p.29

⁹ Diccionario Real Academia Española de la Lengua. 22 ed. Madrid: Editorial Espasa Calpe; 2001

en el significado que la persona tiene ante las experiencias de salud y bienestar, así como del entorno¹⁰.

El reconocimiento de Enfermería como una disciplina profesional implica que quienes la ejercen puedan establecer una directa relación entre el cuidado de enfermería, el desarrollo conceptual y el método seleccionado para proporcionar el cuidado; de esta manera el ejercicio práctico de la profesión tiene un soporte reflexivo e ideológico que le fundamenta.

La naturaleza de la disciplina profesional es el cuidado de enfermería, lo cual corresponde a su ser, que el desarrollo conceptual se refiere al saber, y el procedimiento de gestión del cuidado al quehacer. En la literatura de enfermería, estos componentes se encuentran claramente definidos y desarrollados por diferentes autores; sobre el quehacer se identifican diversas aplicaciones, entre las que el proceso de enfermería (PE o PAE), es el método que con mayor frecuencia seleccionan las teóricas para describir la gestión del cuidado.

La disciplina es un conjunto de conocimientos rigurosos y semánticos sobre determinada materia, donde se explica, describe, analiza y contiene conocimientos ordenados y sistemáticos, interrelacionados con otras áreas disciplinares pero con independencia de ellas¹¹.

Este proceso evolutivo conduce a que se establezcan programas de formación estructurados que permitan una mejor fundamentación de las bases teóricas que enriquezcan la práctica de cuidado. Se establecen planes de estudio orientados siendo estas ciencias básicas desarrolladas como la biología, anatomía, fisiología y Microbiología. En esta evolución del conocimiento de enfermería se reconocen dos paradigmas: el empirista y el interpretativo. Ellos representan visiones del desarrollo del conocimiento y de la realidad opuesta.

¹⁰ Cárdenas Jiménez Margarita, Zárate Grajales Rosales; Construcción disciplinar de enfermería ENEO-UNAM; ENEO-UNAM;34(1);; 1-34.

¹¹ Ídem (1)

Las disciplinas se caracterizan por lo siguiente:

❖ **Posee un cuerpo de conocimientos sistemático y relacionado.**

La ciencia de la enfermería que como se anotó, es el cuerpo de conocimiento científicos que guía la práctica de enfermería y por los fundamentos profesionales que son los conocimientos acerca de la orientación de los valores de la profesión, la naturaleza de la práctica clínica y de los fundamentos históricos y filosóficos de la profesión y de la práctica profesional.

La Enfermería como disciplina explica e implica la construcción y validación de los modelos teóricos, teorías, métodos y tecnologías, que constituyen el cuerpo científico de esta disciplina, concebida como: autónoma, universitaria y humanística social¹².

❖ **Se han establecido formas de conocimiento.**

Enfermería, propone cuatro formas de conocimiento que son: el empírico, ético, estético y personal.

El patrón de **conocimiento ético** de enfermería se enfoca en aquellas materias de obligatoriedad o relacionadas con lo que debe hacerse. El conocimiento de la moralidad va mucho más allá del simple conocimiento de normas o de códigos de ética y disciplinarios. Incluye todas las acciones voluntarias que están sujetas al juicio de la corrección o incorrección, del bien o el mal, de lo deseable y lo indeseable, incluyendo juicios de valor moral referente a motivos, intenciones y rasgos de carácter¹³.

El conocimiento empírico se apoya en una competencia científica, para hacer práctica de enfermería fundamentada en teoría propia de la disciplina que a su vez

¹² Ídem (3).

¹³ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Teorías y Modelos; Elementos de Epistemología en Enfermería (Internet); 02 de Noviembre del 2016 (Consulta); 12 pág.; Disponible http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Teorias_modelos/Unidad%201/Elementos.pdf

promueva procesos investigativos que revelen el dominio de enfermería¹⁴. Este alude al desarrollo teórico generando interrogantes sobre la práctica del cuidado, se generan teorías, a partir del estudio de los fenómenos, se analizan, se construyen conceptos que se prueban, desaprueban, retroalimentan, favoreciendo el desarrollo científico de la enfermería.

El **conocimiento estético** de enfermería se hace visible a través de las acciones, el cuidado, las actitudes y las interacciones que desarrolla la enfermera en respuesta a las demás personas. Este patrón hace posible la transformación del encuentro inmediato en una percepción significativa en si misma, y le adjudica significado, de manera que la percepción del significado se refleja en la acción tomada por la enfermera¹⁵.

El **conocimiento personal** se reconocen las actitudes, aptitudes, capacidades y potencialidades que tienen las personas que cuidan para reconocer de la misma manera a las personas cuidadas como un todo, entender sus experiencias y el significado que le dan a su situación personal¹⁶.

❖ **El conocimiento se funda en los paradigmas científicos.**

Si el cuidado a la salud es una empresa humana cuyo valor esencial es de índole moral, orientado hacia el bien, entonces las prácticas de cuidados de salud deberán ser estudiadas no sólo por las ciencias naturales, sino por las ciencias humanas aplicadas. Se identifican tres paradigmas de la ciencia que han tenido y tienen importancia e influencia en la construcción disciplinar de la Enfermería el ***paradigma positivista o empírico analítico, el interpretativo o fenomenológico, y el sociocrítico o humanista.***

¹⁴ Briñez A. J.; Narrativa de enfermería: visión de patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar; Patrones del conocimiento en la narrativa (Internet); 02 de Noviembre del 2016; 7 pág.; Disponible http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/017-articulo15.pdf

¹⁵ Idem (13)

¹⁶ Idem (4).

El Paradigma positivista, afirma que en la realidad existe un orden único que tiende al progreso indefinido de la sociedad. En enfermería se argumenta desde el punto de vista positivista, que el conocimiento de la realidad del cuidado es objetivo, es una percepción imparcial de lo que ocurre y es independiente de las opciones y creencias de las enfermeras. Se presenta de forma de causa-efecto entre la salud y los comportamientos humanos que pueden aislarse y fragmentarse¹⁷.

Las creencias históricas, filosóficas y epistemológicas de la enfermería están profundamente arraigadas en los servicios humanos a las personas y esas raíces pueden ser mejor estudiados por métodos cualitativos que cuantitativos. Sólo con la observación detallada y participante, las enfermeras pueden conocer el verdadero significado del cuidado.

Paradigma Interpretativo o fenomenológico, a este se le conoce también como cualitativo, hermenéutico, humanista naturalista o etnográfico. No pretende hacer generalizaciones a partir del objeto estudiado, más bien dirige su atención a aquellos aspectos no observables, no medibles, ni susceptibles de cuantificación, interpreta y evalúa la realidad, no la mide. Las características del cuidado van más allá de las repuestas humanas y es imprescindible incluir los contextos donde se desarrollan los comportamientos humanos, los valores y las creencias subjetivas, que son las verdades fuentes del conocimiento enfermero¹⁸.

En enfermería, la práctica del cuidado invariablemente sea representada por las técnicas y procedimientos, cuando en realidad, la práctica va mucho más allá que la ejecución de una técnica y es representada por una praxis (acción-reflexión-acción-reflexión de la reflexión).

Paradigma sociocrítico o humanista, se centra en el análisis de la función que tienen la ciencia y la tecnología en las sociedades modernas y su vinculación con

¹⁷ Ídem (8).

¹⁸ Ídem (8).

el poder. Está caracterizado por el pensamiento crítico inspirados en el marxismo, el psicoanálisis y la fenomenología crítica. Sus concepciones epistemológicas y sus propuestas metodológicas son similares a las del paradigma interpretativo fenomenológico, añadiendo a este último un componente de crítica ideológica; es decir el para qué de la acción, las relaciones sujeto-objeto en la sociedad y el papel de los valores en ese proceso.

❖ **Los conceptos básicos de la enfermería sustentan la disciplina y la profesión.**

Son muchas las propuestas teóricas de Enfermería que explican los fenómenos de los que se derivan conceptos que les son comunes, permiten su análisis, y dan significado y especificidad de la disciplina. Estos conceptos son¹⁹:

- El cuidado como el objetivo de estudio de Enfermería.
- La persona como el sujeto de cuidado.
- La salud como un valor y un derecho humano.
- El entorno y externo de cada persona.

❖ **Las escuelas de pensamiento enfermero.**

Las distintas concepciones sobre la disciplina pueden agruparse en seis escuelas de pensamiento, mismas que sustentan las bases filosóficas y científicas para la comprensión de los fenómenos de estudio e incorporar dicho conocimiento²⁰.

- **Teoría del entorno** (Florence Nightingale).
- **Escuela de las necesidades** (V. Henderson, D. Orem, F. Abdellah)
- **Escuela de la integración** (H. Peplau, J. Paterson, Orlando, King, Zderad)
- **Escuela de los efectos deseables** (Johnson, Hall, C. Roy, B. Newman)
- **Escuela de la promoción de la salud** (Moyra Allen)

¹⁹ Ídem (12).

²⁰ Ídem (4).

- **Escuela del ser humano unitario** (Martha Rogers, Margaret Neuman, Rosemarie Rizzo Parse)
- **Escuela del Cuidado** (Caring)
 - **Cuidado humano** (Jean Watson)
 - **Cuidado transcultural** (Madeleine Leininger)

❖ **Conceptualización de la Enfermería.**

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal²¹.

A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas ha desarrollado integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios fundamentados, habilitados y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes²².

Virginia Henderson la define como: “La función propia de la enfermera para asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o su recuperación (o a una muerte digna), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarios. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible”²³.

²¹ Durán Fontes L R; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM- 019-SSA3-2013, Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud; Diario Oficial de la Federación (Internet); 2017 (consulta) 08 de Febrero 2017; Disponible http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=02/09/2013

²² ONU; Enfermería (Internet); 05 de Noviembre del 2016 (Consulta); Disponible <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

²³ Ídem (4)

5.2 El cuidado como objeto de estudio.

El cuidado de enfermería tiene como fin dar respuesta efectiva a los problemas de la persona, utilizando procedimientos comunicativos y participativos que permiten interactuar en condiciones de realidad.

La participación del personal de enfermería en todas las etapas del cuidado de la salud es fundamental. Su compromiso profesional incluye actividades de prevención, promoción, atención, capacitación e investigación para la salud, dirigidas al paciente o usuarios de los servicios de salud, a su familia y a la sociedad en su conjunto²⁴.

El personal profesional de enfermería es hábil en reconocer y afirmar el cuidado en sí mismo y en los demás, por tanto, brinda conocimientos expertos sobre el significado del ser humano, su respuesta es única y total dentro de cada situación, toda vez que refleja su conocimiento, su forma de ver el mundo, la manera en cómo establece sus relaciones y cómo reacciona entre diferentes situaciones y el conocimiento que tiene de sus fortalezas y debilidades.

Por su parte, el Proceso salud - enfermedad se conceptualizó de la siguiente forma: “Fenómeno dinámico inherente al proceso vital humano, entendido como la relación vida - muerte, determinado por la interacción sociedad - individuo y caracterizado por desgastes y recursos que atentan o contribuyen a la integridad humana”.

5.2.1 Antecedentes.

El cuidar es una actividad, desde hace algún tiempo profesionalizada, que se enmarca en la Historia Universal como profesión humanística. Por otra parte, también el estudio de su evolución ha de hacerse dentro de la historia de la atención sanitaria, por ser una profesión dedicada a la salud.

²⁴Cárdenas Becerril L, Beatriz Arana Gómez, Araceli Monroy Rojas; Cuidado profesional de enfermería; Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE); 183(85-86); 03/01/2017.

La consideración de la salud y de la enfermedad es distinta en las diferentes etapas de la sociedad, condicionada por los valores, creencias, cultura, economía y otros factores sociales que vive el hombre en un período determinado.

Etapas del cuidado:

Etapas Doméstica.

Esta etapa de los cuidados se denomina doméstica, por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. El objetivo prioritario de atención de la mujer cuidadora es el mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio. La mujer utiliza elementos que son partes de esa misma vida natural, como el agua para la higiene, las pieles para el abrigo, las plantas y el aceite para la alimentación y las manos, elemento muy importante de contacto maternal, para transmitir bienestar²⁵.

Etapas Vocacional.

El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Actitudes consistentes en hacer voto de obediencia y sumisión, actuar en nombre de Dios, permanecer en el seno de la Iglesia. La práctica enfermera, vista desde esta perspectiva, no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la formación religiosa. Una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia²⁶.

Etapas Técnica.

Esta etapa, conocida como técnica, se inició a mediados del siglo XIX con el advenimiento de lo que Collière denomina mujer enfermera-auxiliar del médico. La separación de los poderes político y religioso permitió el inicio de la enfermera en

²⁵García Martín C., Caro María Luisa Martínez Martín; Historia de la Enfermería Evolución histórica del Cuidado Enfermero; Harcourt; 213 (15); 03/01/2017.

²⁶ Ídem (16)

vías de profesionalización. Los principios de profesionalización de la enfermería se atribuyen a Florence Nightingale, eminentemente técnico surgió a raíz de los años cincuenta del siglo XX, cuando la red hospitalaria se extiende, adquiriendo estos centros otra función diferente a la que venían desempeñando²⁷.

Etapas Profesionales.

La enfermedad se ha pasado a un concepto más completo, entendiendo la salud como un proceso integral y no como un estado. En el siglo XX cabe destacar la enunciada por el profesor H. San Martín, que la considera como un fenómeno de tipo psicobiológico-social de equilibrio y adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad²⁸

Concepto:

El cuidado humano en Enfermería no es una simple emoción, preocupación o un deseo bondadoso, cuidar es el ideal moral de Enfermería, el fin es protección engrandecimiento y preservación de la dignidad humana; implica valores, deseos y compromiso de cuidar, conocimiento y acciones de cuidado²⁹.

Cuidar es, ante todo, un acto de vida, cuidar representa una variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta se continúe y se reproduzca.

Cuidar es un acto individual que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero del mismo modo es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a

²⁷ Ídem 18

²⁸ Ídem

²⁹ Ídem (4).

cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales³⁰.

Diferenciación de la naturaleza de los cuidados:

El vocabulario inglés más rico que la lengua francesa respecto a la noción de cuidados, ha mantenido dos tipos de cuidados de naturaleza diferente:

- Los cuidados de costumbre y habituales, **care**: relacionados con las funciones de conservación de continuidad de la vida, representan a todos los cuidados permanente y cotidianos que tienen como única función mantener la vida reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo) de calor, de luz o de naturaleza afectiva o psicosocial.
- Los cuidados de curación o tratamiento de la enfermedad, **cure**: Garantizan la continuidad de la vida y tienen por objeto limitar la enfermedad, luchar contra ella y atajar sus causas³¹

5.2.2 Tipos de Cuidados.

Los cuidados son transmitidos y prodigiados esencialmente por las manos, por el tacto, por el contacto de cuerpo. Según su finalidad se pueden distinguir:

- Los cuidados de estimulación: se centran en despertar y desarrollar las capacidades más fundamentales como las de respirar, mamar, sentir, entender, ver, sentarse, pararse, caminar, hablar, permitir el desarrollo de los sentidos y de las capacidades motrices. Tienen como propósito guardar en estado de vigilia las capacidades que se encuentran todavía a sean físicas y/o psicoafectivas.

³⁰ Colliere Francois M.; Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados de enfermería.; 05 de Noviembre del 2016 (Consulta); 233-240 Pág.;

³¹ Ídem (30) 233-235

- Los cuidados de confortación: cuidados de aliento que permiten adquirir seguridad, firmeza, favoreciendo la renovación y la integración de la experiencia exterior para que haya adquisición.
- Los cuidados de compensación: se proponen sustituir todo lo que no ha sido todavía adquirido por el pequeño. Trata de compensar las disminuciones sensoriales: táctiles, visuales, auditivas, las disminuciones motrices que impiden las posibilidades de levantarse, caminar, de lavarse, de vestirse, de correr.
- Los cuidados de mantenimiento y de conservación: tienen como propósito conservar, mantener las capacidades adquiridas a fin de que no pierdan. Para mantener y conservar la vida tratando de mantener la más posible todas las capacidades existentes.
- Los cuidados de la apariencia: se refieren a todos los cuidados que hacen atractivo la construcción de la imagen corporal, de la imagen de sí mismo esta imagen de sí es del desarrollo de la identidad. Tiene como propósito reforzar el sentimiento de seguridad respecto a las posibilidades remanentes.
- Los cuidados de tranquilizarían: se orientan hacia, la relajación, la liberación de las tensiones y tienden a tranquilizar por ello lo que está en turbulencia, en alteración. Tienen como propósito reforzar el sentimiento de seguridad respecto a las posibilidades remanentes. Contribuyen tanto a la disminución del dolor y pueden ser un acompañamiento hasta el límite de la muerte³².

5.3 Teoría de Enfermería.

En la actualidad es importante reflexionar sobre las bases teóricas que sustentan la disciplina de Enfermería, que se desarrollaron en forma característica desde los inicios del siglo XIX, dejando clara evidencia con la creación de teorías como resultado de la investigación; este marco teórico da

³² Francoise C. M.; Encontrar el sentido original del cuidado (Internet); 05 de Noviembre del 2016 (Consulta); 20 (10-12) Pág.

cuenta de la existencia de una determinada forma de actuar, además de constituirse en guía para la práctica asistencial, docente, administrativa y de investigación.

5.3.1 Concepto

Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyecta una visión sistemática de los fenómenos, estableciendo para ello las relaciones específicas entre los conceptos a fin de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos.³³

Las teorías son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esa investigación.

Características:

Las teorías deben reunir, al menos, las siguientes características:

- Deben ser lógicas, relativamente simples y generalizables.
- Deben estar compuestas por conceptos y proposiciones.
- Deben relacionar conceptos entre sí.
- Deben proporcionar bases de hipótesis verificables.
- Deben ser consistentes con otras teorías, leyes y principios válidos.
- Pueden describir un fenómeno particular, explicar las relaciones entre los fenómenos, predecir o provocar un fenómeno deseado.
- Pueden y deben ser utilizadas por la enfermería para orientar y mejorar la práctica.

³³ Marriner T.A Modelos y teorías en enfermería. ed. 6ª Ed. Elsevier Mosby España 2007

Objetivo.

Las teorías nacen por necesidad de delimitar tanto la naturaleza del objeto de estudio de la disciplina, como el ámbito de actuación profesional; al cuestionarse qué hacen sus profesionales, por qué lo hacen, cómo lo hacen y cuál es el camino a seguir para el incremento del cuerpo de conocimientos propio. De esta manera la Enfermería inicia una transición de ocupación a profesión, de realizar tareas a ejercer una actividad intelectual y de cumplir órdenes a controlar autónomamente su proceso de trabajo. Definitivamente este salto cualitativo consolidó a la Enfermería como una disciplina, con un cuerpo de conocimientos propio y una responsabilidad definida en la atención a la salud de la población; diferenciándola de manera importante de la práctica médica.

Clasificación.

Clasifican los modelos y teorías de enfermería en seis escuelas, a saber: escuelas de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados, de la promoción de salud, del ser humano unitario y del *caring* (cuidado).

- Las escuelas del pensamiento obedecen a criterios derivados del paradigma en el que se encuentren y en el devenir histórico que las caracteriza. Estas son:
 - La escuela de las necesidades: está centrada en la búsqueda del hacer específico de las enfermeras, el cuidado se centra en el logro de la independencia y en la satisfacción de las necesidades. Entre las representantes están: Virginia Henderson, Dorothea Orem y Faye Abdellah.
 - La escuela de la interacción: que el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra capaz de ofrecerle ayuda, por lo que la enfermera debe analizar sus propios valores. Las

representantes son: Hildegard apaaplau, Josefina y Loreta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestina Wiedenbach e Imogene King.

- La escuela de los efectos deseables: el propósito de los cuidados consiste en restablecer un equilibrio, una estabilidad, una homeóstasis o en preservar la energía; se fundamenta en las teorías de adaptación, de desarrollo y en la de sistemas. Las representantes son: Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Callista Roy y Bety Neuman.
- La escuela de promoción a la Salud: en ésta, el entorno constituye el centro de la reflexión, puesto que es en el donde se ubican los factores condicionantes del proceso salud enfermedad. Las principales teóricas son: Moyra Allen y Madeleine Leininger.
- La escuela del ser humano unitario: considera que la salud y la enfermedad son expresiones del proceso de vida y no están ni opuestas ni divididas.
- La escuela del *Caring* o del desarrollo humanista: define a la Enfermería como cuidado moralmente imperativo en esta sociedad en constante transformación. Representante como Watson, Patero, Zderat y Leininger³⁴.

5.3.2 Relación de la Teoría con el Proceso de Enfermería.

Recordemos que el proceso de atención de enfermería es un método científico, como lo son el método clínico o el epidemiológico, por tanto proporciona una guía lógica y racional para que la enfermera organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz, en tanto que suministra un método sistemático para la práctica de la profesión; siempre es el mismo sin importar la teoría o el modelo empleado para integrar las formulaciones teóricas.

³⁴ Ídem (4).

El proceso de enfermería facilita un procedimiento científico para que la familia, sus miembros y la enfermera alcancen las metas trazadas de mutuo acuerdo, su empleo brinda un fundamento para la práctica autónoma que basada en un modelo profesional aceptado y adoptado por la enfermera, pueda tener un mayor impacto en los conocimientos necesarios, naturaleza y resultado de la práctica.

Mediante el estudio de la Historia se observa que el concepto paradigmático en el que se fundamenta la práctica enfermera es el cuidado. Por tanto, su objeto de estudio será cómo aplicar los cuidados de enfermería de la forma más adecuada y eficiente posible. La incorporación del método científico es un rasgo característico de la ciencia, tanto de la pura como de la aplicada: donde no hay método científico no hay ciencia. Con este fin se ha desarrollado un instrumento específico, el Proceso Enfermero. Esta herramienta metodológica facilita la resolución científica de problemas en el ámbito de los cuidados.

5.3.3 Teoría de Virginia Henderson.

Virginia Henderson nació en 1897 en Kansas City, Missouri, y muere en marzo de 1996. Como tantas otras enfermeras de su tiempo, su interés por la Enfermería tiene lugar durante la primera Guerra Mundial. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C, donde se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York.

Su carrera docente se inicia en 1922, cuando empieza a dar clases de enfermería en Norfolk Protestant Hospital de Virginia. En 1929 trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York, y en 1953 ingresa a la prestigiosa Universidad de Yale, donde desarrolla sus principales colaboraciones en la investigación de enfermería y donde permaneció activa como asociada emérita de investigación hasta la década de los 80's.

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

Para Henderson la/el enfermero(a) es aquel que asiste a los pacientes en las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. Respecto al modelo de Virginia Henderson se han escrito cuatro conceptos en relación con su paradigma:

Cuidado: es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico, que la enfermera realiza, para concluir formas de bienestar, para mantener la vida, recuperar la salud o diferentes escenarios³⁵.

Persona: es aquel individuo que necesita ayuda para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales³⁶.

Salud: la salud es un valor y una experiencia humana que se vive según las perspectivas, las creencias y las formas de actuar que son culturalmente conocidas y utilizadas, con el fin de prevenir y conservar el bienestar individual y colectivo³⁷.

Entorno: comprende el medio interno genético, fisiológico, y espiritual, y el medio externo compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte³⁸.

³⁵ Ídem (4).

³⁶ Hernández Martín Cristina, Frutos Martín Manuel; El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera (Internet); 05 Noviembre del 2016 (Consulta); Disponible <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>

³⁷ Ídem (36).

³⁸ Ídem (4).

Henderson establece 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene. Estas necesidades normalmente están cubiertas por un individuo sano y que tiene el suficiente conocimiento para ello. Cada una de las 14 necesidades constituye el elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales³⁹.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de Virginia Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo a la salud normal.

Todas las necesidades adquieren un pleno significado cuando son abordados desde su doble sentido de universalidad y especificidad. Universalidad porque son comunes y esenciales para todos los seres humanos y especificidad, porque se manifiestan de manera distinta en cada persona.

³⁹ Ídem (36).

Grados de Dependencia.

El modelo conceptual de Virginia Henderson de una visión clara de los cuidados de enfermería, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudar a recuperar su independencia lo más rápido posible.

- Necesidad fundamental: necesidad vital, es decir todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
 - Independencia: satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
 - Dependencia: no satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
 - Problema de dependencia: cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
 - Manifestación: signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
 - Fuente de dificultad: son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad: falta de fuerza, conocimiento y voluntad.
1. Fuerza: La dependencia proviene de que el individuo carece de fuerza, no solo de fuerza física sino también de fuerza moral, para tomar decisiones y

comprometerse en las acciones necesarias para conservar o recuperar la salud.

2. Conocimiento: Hay desconocimiento de los mecanismos de acción del desarrollo de enfermedades, de los recursos de salud, de los cuidados que se deben tener cuando se presenta la enfermedad para evitar su desarrollo, en general lo que se refiere a prevención, curación y rehabilitación.
3. Voluntad: La voluntad se ve disminuida por los problemas de salud, frecuentemente este estado, está relacionado con la capacidad intelectual y se ve limitado por la falta de recursos económicos o por factores socioculturales.

La responsabilidad primaria de la enfermera con las personas que necesitan sus cuidados. La enfermera proporciona cuidados, fomenta un ambiente en el que los valores, las costumbres y las creencias espirituales del individuo se respetan. La enfermera mantiene confidencialmente la información personal y juiciosamente.

La enfermera comparte otros cuidados la responsabilidad de iniciar y apoyar la acción de cubrir las necesidades sanitarias y sociales de la gente. Mantiene una relación de cooperación con sus compañeras enfermeras y con otros profesionistas. Ellas actúan de salvaguardar al individuo cuando los ciudadanos de éste, se ven amenazados por otro profesional o por cualquier otra persona.

La enfermera juega un papel principal en la determinación y cumplimiento de los modelos de la práctica y educación de enfermería deseables. La enfermería es parte activa en el desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales. Ella actúa a través de la organización profesional, participando en el

establecimiento y mantenimiento de las condiciones sociales y económicas adecuadas de trabajo.⁴⁰

5.4 El Proceso de Enfermería como herramienta Metodológica para dar Cuidado a la Persona sana Enferma.

La profesión de enfermería se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas.

La implantación del Proceso Enfermero (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y la administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además el PE fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico.

5.4.1 Concepto.

El proceso de Atención Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades⁴¹.

5.4.2 Objetivos.

- Permitir a la persona participar en su propio cuidado.
- Garantizar la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales.
- Ofrece atención individualizada continua y de calidad.
- Ayuda a identificar problemas únicos de la persona.

⁴⁰ García González M. J.; EL PROCESO DE ENFERMERIA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON; Perfil del profesional de enfermería; 2^{da}. Edición; Editorial: Progreso; 2004.

⁴¹ Salazar Hernández Imelda; Proceso de Atención Enfermería (Internet); 05 de Noviembre del 2016 (Consulta); Disponible <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>

5.4.3 Descripción De Etapas.

La relación existente entre el modelo conceptual de Virginia Henderson y el Proceso Enfermero (PE) radica en la idea de que el modelo de Henderson servirá como guía fundamental a la hora de llevar a cabo el PE. Es decir, valorar las necesidades de un individuo a través de un modelo teórico, orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse y sobre la forma de organizarlos. De este modo, se identifican aquellos datos de interés para conocer la situación de dependencia que presenta el individuo en relación con las 14 necesidades básicas establecidas por el modelo conceptual⁴².

Valoración: es la fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería.⁴³

Actividades:

- Recolección de datos.
- Validación de datos. (Información incompleta).
- Organización de datos.
- Comunicación/anotación de datos.

Las fuentes de obtención de los datos son las siguientes:

- Paciente y su familia: medios: observación, entrevista, interacciones, valoración física.
- Registros Médicos en el expediente.

⁴² Ídem (36).

⁴³ Iyer P.W., T. B. J., L. B. D.; PROCESO Y DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA; Edición 3ra.; editorial McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 1997; 12

- Registro de enfermería.
- Bibliografía referente al problema.

Diagnóstico: durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos en la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases. Se diseña el Plan de Cuidados basado en el diagnóstico de enfermería, que se ejecuta y se evalúa. Los diagnósticos de enfermería suponen un método eficaz de comunicación de los problemas del cliente. La NANDA ha identificado tres tipos de diagnósticos de enfermería: reales, de alto riesgo y bienestar, los cuales se definen del siguiente modo:

- Real: un diagnóstico de enfermería real de un juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de vida.⁴⁴ Para escribir un diagnóstico de enfermería real, se recomienda usar el formato PES:

El Problema (P).

La causa o la Etiología (E).

Los Signos y Síntomas (características definitorias que son evidentes en el paciente (S)).⁴⁵

- De alto riesgo: un diagnóstico de enfermería de alto riesgo es un juicio clínico acerca de la mayor vulnerabilidad de un individuo, una familia o una comunidad, para desarrollar un problema, que otros que se encuentran en una situación igual o similar. Los diagnósticos de riesgo incluyen factores de riesgo (conductas, enfermedades o circunstancias) que guían las

⁴⁴ Ídem (43).

⁴⁵ Ídem (40).

actuaciones de enfermería para reducir o evitar que se produzca un problema.

El Problema (P).

La causa o la Etiología (E).

- De Bienestar: un diagnóstico de enfermería de bienestar, es un juicio clínico sobre un individuo, una familia o una comunidad, en transición de un nivel concreto de bienestar a un nivel más elevado.

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

1. Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
2. Fijar resultados con el cliente para corregir, reducir al mínimo o evitar los problemas.
3. Escribir las actuaciones de enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos.
4. Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

Ejecución: es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. El profesional de enfermería debe continuar con la recogida de datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución también incluye el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de la enfermería.⁴⁶

⁴⁶ Ídem (43)

Las siguientes preguntas ayudaran a determinar las modificaciones diarias que debe dar al plan de cuidados:

- ¿Cuáles son los problemas más urgentes que debo de atender, y que me conducen al logro de los objetivos generales del plan de cuidados?
- ¿Cuáles son las actividades que el paciente puede realizar por sí mismo?, ¿en cuáles actividades puede colaborar el familiar?

Evaluación: la última fase del Proceso de Enfermería, se trata de un proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería. En la aplicación del modelo de Virginia Henderson, la evaluación se dirige a determinar el grado de independencia alcanzado por el paciente y su familia, respecto de los problemas identificados al poner en marcha el plan de cuidados.

5.5 OBESIDAD.

La Obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. En su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de las grasas, causas de carácter neuroendocrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas⁴⁷.

La Obesidad se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m²⁴⁸.

5.5.1 Epidemiología.

El exceso de grasa corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece, debido a que aumenta significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no trasmisibles e incrementar el riesgo de muerte prematura y discapacidad.

La prevalencia mundial de la obesidad casi se duplicó entre 1980 y 2008, año en el que el 10% de los hombres y el 14% de las mujeres del mundo eran obesos, frente al 5% de los hombres y el 8% de las mujeres en 1980. Se calcula que en 2008 la obesidad afectaba a quinientos millones de hombres y mujeres mayores de 20 años, y en todas las regiones de la OMS era más frecuente en las mujeres que en los hombres. Las mayores cifras de prevalencia del sobrepeso y la obesidad se registraron en la Región de las Américas (sobrepeso: 62% en ambos

⁴⁷ Cano E, Meoño E., Mendoza L., et al; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la Obesidad.(Internet); 10 de Octubre 2016(Consulta); 1; 13; 82; Disponible http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf

⁴⁸ Consejo de Salubridad General; Secretaría de Salud; et.al. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. (Internet); 10 de Octubre 2016; Disponible http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

sexos; obesidad: 26%) y las más bajas, en la Región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14% en ambos sexos; obesidad: 3%)⁴⁹.

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son un problema de salud de primer orden en el siglo XXI. La OMS prevé que la cifra anual de defunciones por ENT alcanzará los 55 millones en 2030. El 11% de estas defunciones por ENT a nivel mundial se atribuyen a los factores de riesgo comportamentales y físicos: sedentarismo, sobrepeso y obesidad (sólo éstos dos últimos se llevan el 5%).

Al menos una de cada dos personas tiene sobrepeso u obesidad en más de la mitad de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). El promedio de obesidad de las naciones se ubica en un 22%, mientras que la prevalencia de sobrepeso varía casi diez veces entre los países estudiados (Japón y Corea con un 4%, y Estados Unidos y México con un 36%). Se prevé que esta tendencia siga en aumento y en algunos países dos de cada tres personas tendrían obesidad dentro de diez años⁵⁰.

Hoy en día, México y Estados Unidos de Norteamérica, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad, la cual es diez mayor que la de países como Japón y Corea. (OCDE, 2010). En México, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales, muestran incremento constante de la prevalencia a través del tiempo, la cual se ha triplicado en las últimas tres décadas.

En nuestro país, la prevalencia de obesidad en los adultos ha mostrado un incremento porcentual del 21.5% en 1993, hasta el 30% en el año 2006. En su conjunto, el sobrepeso y la obesidad afectan a cerca del 70% de la población en ambos sexos (mujeres 71.9%, hombres, 66.7%) entre los 30 y 60 años, aspecto

⁴⁹ OMS. Obesidad y Sobrepeso. OMS (Internet). 10 de Octubre 2016 (Consulta); Disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁵⁰ Instituto Médico Europeo de la Obesidad. Estadísticas de Obesidad 2012. Instituto Médico Europeo de la Obesidad (Internet). 10 de Octubre 2016 (Consulta); Disponible <https://stopalaoobesidad.com/tag/asociacion-internacional-de-estudio-de-la-obesidad-iaso/>

que debe tomarse en consideración en la planeación de estrategias eficientes que limiten el impacto de estas tendencias⁵¹.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 muestran que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%.⁵² La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%). En el caso de la obesidad, la prevalencia más alta se presenta en el grupo de edad de 40 a 49 años en hombres y de 50 a 59 años en las mujeres. La prevalencia de obesidad fue 28.5% más alta en las localidades urbanas⁵³.

5.5.2 Etiología.

De acuerdo con la OMS, a diferencia del argumento relativo a que la obesidad y el sobrepeso derivan de desórdenes del organismo, principalmente de la tiroides, habría dos causas principales que están generando el excesivo aumento de peso en cientos de millones de personas.

En primer lugar destaca un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, es decir ricos en grasa, sales y azúcares, pero pobres vitaminas y otros micronutrientes; y en segundo término un descenso en la actividad física debido a estilos de vida y trabajo cada vez más sedentarios, o bien derivados de las dificultades de transporte y movilidad en ciudades cada vez más pobladas.

⁵¹ Ídem (47).

⁵² López J; Duran L.; Kuri P.; et al. Problemática. Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.(Internet); 10 de Octubre del 2016 (Consulta); 1; 14:17; 105; Disponible http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf

⁵³ Ídem.

Sin embargo, existen desordenes específicos y no específicos que la causan, la clasificación más adecuada para la obesidad de acuerdo a su etiología es⁵⁴:

- I. Obesidad esencial
- II. Obesidad secundaria
 1. Hipotiroidismo
 2. Hiperkortisolismo
 3. Insulinoma
 4. Síndromes hipotalámicos
 5. Deficiencia de hormona de crecimiento
 6. Seudohipoparatiroidismo
 7. Enfermedades gonadales
 - a. Hipogonadismo
 - b. Síndrome de ovario poliquístico
 8. Medicamentos
 9. Síndromes genéticos complejos
 - a. Prader-Willi
 - b. Lawrence Moon-Biedl
 - c. Alström
 - d. Morgani-Stewart
 - e. Cohen
 - f. Carpenter
- III. Condiciones asociadas a obesidad
 1. Bulimia

La obesidad esencial se asocia con desequilibrios entre la ingestión energética calórica y las necesidades titulares de energía, dicho de otra manera, un desequilibrio entre ingestión, síntesis de grasas y su oxidación en personas con desordenes del apetito y deterioro del control de la saciedad o del hambre. La

⁵⁴ Amancio O., Ortigoza L., Durante I.; Obesidad; Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina (Internet); 10 de Octubre del 2016 (Consulta); Disponible http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html

inactividad física es importante en el desarrollo de la obesidad, ya que favorece la disminución del gasto energético total, por lo que es de suma importancia los estilos de vida, especialmente aquellos que condicionan sedentarismo.

Las causas secundarias de obesidad deben identificarse con precisión, ya que algunas son curables al remitir la patología de base, también es necesario hacer notar que algunos padecimientos considerados inductores de obesidad como el hipotiroidismo y el hipocortisolismo, en realidad no se acompañan de importante sobrepeso, en este último padecimiento el tejido adiposo se acumula en forma centrípeta, mientras que hay pérdida significativa de adipocitos en las extremidades, que se muestran adelgazadas.

5.5.3 Fisiopatología.

En la obesidad la regulación de la ingesta de alimentos tiene importantes implicaciones, sin embargo, es muy compleja y depende de múltiples aferentes, que se resumen en una función dual, integrada por estímulos opuestos: el apetito y la saciedad. La búsqueda de alimento y la terminación de la ingesta dependen de diversas variables fisiológicas en la que interviene el hipotálamo como centro regulador del apetito y del gasto energético, de manera que el núcleo ventromedial del hipotálamo interviene regulando saciedad y el área lateral remota el apetito. Recientemente se reconoció que el núcleo arcuato del hipotálamo, participa como un integrador de las funciones de apetito-saciedad, este sitio es de especial importancia porque carece de barrera hemato-encefálica y por lo tanto puede recibir señales periféricas de moléculas de gran tamaño como las proteínas. Existen señales moleculares involucradas en esta regulación, las orexigénicas de mayor jerarquía son el neuropéptido Y el péptido relacionado con agouti. En la saciedad predominan proopiomelanocortina (POMC) y el tránsito regulado por cocaína anfetamina (CART), las señales periféricas más estudiadas son la leptina y la grelina, resaltando que la leptina es producida por el tejido adiposo y es una señal de saciedad a largo plazo porque actúan sobre receptores hipotalámicos,

pero a nivel periférico favorece el consumo de grasas y protege contra la lipotoxicidad en hígado y músculo. La grelina descubierta en la búsqueda de una hormona liberadora de somatotropina, se produce en el estómago en ayuno y se inhibe con la alimentación, se han demostrado efectos periféricos que favorece el consumo de glucosa y se asocia negativamente con la insulina de ayuno. Otras sustancias modifican el sistema apetito-saciedad como la insulina, citosinas y hormonas gastrointestinales, pero también señales metabólicas actúan en el sistema, como las grasas y la proteína cinasa sensible a AMP cíclico, considerada como el sensor maestro del gasto energético⁵⁵.

- Las grasas que se ingieren con los alimentos son convertidas por las lipasas del intestino delgado en triglicéridos y ácidos grasos libres que al llegar al hígado son transformados en lipoproteínas y finalmente llegan a los adipocitos. La lipólisis libera energía y por consiguiente calor, a través de liberación de ácidos grasos libres y glicerol. Los triglicéridos remanentes se vuelven a esterificar de inmediato mediante el glicerofosfato proporcionado por la glucosa; mientras que el glicerol libre se convierte en glicógeno dentro del hígado. La epinefrina y norepinefrina son capaces de activar rápidamente la lipólisis y en menor grado lo hacen los glucocorticoides, las hormonas tiroideas, la ACTH, la TSH y la vasopresina.

Este mecanismo fisiológico explica porqué el ejercicio, el ayuno, el frío, la tensión emocional y la ansiedad desencadenan rápidamente la liberación de ácidos grasos libres. En cambio la insulina tiene el efecto contrario e inhibe la lipólisis. La ingesta alta de azúcares produce cantidades enormes de sustrato para la formación de glicerofosfato que esterifica los triglicéridos en el adipocito. Es relevante que cuando se hace una sola comida al día, el organismo pronto aprende a transformar glucosa en grasa y por ello resulta paradójico que se produzca un aumento del peso corporal; por lo mismo cuando se intenta bajar de peso es más efectivo ingerir varias comidas hipocalóricas al día.

⁵⁵ Ídem (54).

La cantidad de insulina circulante es proporcional a la cantidad de grasa almacenada y por el contrario, una deficiencia de insulina se acompaña de una disminución en las reservas de grasas. La cantidad de insulina no es el único factor, ya que debe guardar un equilibrio con el grado de sensibilidad que las células tienen a esta hormona; la resistencia al efecto de la insulina produce una hipersecreción pancreática compensatoria. En consecuencia hay una mayor reserva de ácidos grasos y triglicéridos; y se elevan los niveles de lipoproteína de baja densidad. El diagnóstico de resistencia periférica a la insulina se basa en la relación glucosa-insulina en ayuno, así una cifra menor a 4.5 señala la presencia de resistencia a la insulina. También se ha usado administrar una carga de glucosa para determinar su efecto sobre niveles de insulina y de esta manera saber si existe resistencia celular⁵⁶.

5.5.4 Tipos De Obesidad.

La obesidad puede también clasificarse atendiendo a factores como el riesgo, la distribución de grasa, la causa u otros factores.

El índice de masa corporal (IMC) peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30⁵⁷.

⁵⁶Zarate A., Basurto L., Saucedo R.; La obesidad: Conceptos Actuales sobre Patogénias y Tratamiento; Unidad de Investigación Médica en Enfermedades endocrinas Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional (Internet); 11 de Octubre del 2016 (Consulta); Vol. 1; (66-67); 5 pág.; Disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un012f.pdf>

⁵⁷ Ídem (49).

Clasificación del IMC.

Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Fuente: OMS. Obesidad y Sobrepeso. OMS (Internet). 2016; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

➤ Tipos de obesidad según la distribución de grasa:

- Obesidad abdominal o androide (forma de manzana): la localización del exceso de grasa se encuentra en el abdomen, el tórax y la cara. Está muy asociada con la diabetes y enfermedades del corazón.
- Obesidad periférica o ginoide (forma de pera): la grasa acumulada se encuentra en muslos y caderas. Se da especialmente en mujeres y está relacionada con problemas como las varices y la artrosis en las rodillas.
- Obesidad homogénea: no existen una predominancia de exceso de grasa en una zona localizada sino que la grasa se reparte por el cuerpo en las mismas proporciones⁵⁸.

➤ CLASIFICACIÓN POR TIPO CELULAR

Esta clasificación distinguía la obesidad en:

- HIPERPLÁSICA: Común en la infancia y adolescencia y con un pronóstico desalentador debido a la imposibilidad de reducir la población de adipocitos, que una vez establecida se caracterizaría por su avidez por la grasa y tendencia a recuperar su tamaño si se les ofrecían nutrientes. En

⁵⁸ Obesidad (Internet); 12 de Octubre del 2016 (Consulta); Disponible <http://laobesidad.org.es/tipos-obesidad>

este tipo de obesidad se presenta una población exagerada de adipocitos de tamaño normal.

- **HIPERTRÓFICA:** Característica del adulto. Aquí los adipocitos se encuentran en un número adecuado pero, son de gran tamaño y cargados de grasa.

5.5.5 Signos Y 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 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 que las personas delgadas. 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).

Con propósitos de detección, la circunferencia abdominal se debe obtener en los pacientes con IMC > 30 kg/m² ya que es un predictor de riesgo de enfermedad.

La circunferencia abdominal es una medida útil de la obesidad central en adultos. La circunferencia de la cintura es una medición antropométrica práctica para

evaluar la cantidad de grasa abdominal, antes y después de instituir el tratamiento⁵⁹.

5.5.6 Diagnóstico.

La evaluación médica inicial tiene como objetivo fundamental: identificar individuos con sobrepeso u obesidad, así como aquellos en riesgo de obesidad que se pueden beneficiar con la pérdida de peso. En el estudio de la población con sobrepeso y obesidad, la historia clínica es fundamental para investigar los hábitos de vida, de alimentación y de actividad física; evaluar el riesgo actual y futuro de comorbilidad; e investigar la disposición de cambios de comportamiento del paciente y de su familia⁶⁰.

Durante el interrogatorio del paciente con sobre-peso y obesidad es prioritario identificar la edad de inicio de la obesidad, los periodos de máximo incremento del peso y los factores precipitantes, así como excluir las causas secundarias e investigar las enfermedades y las condiciones asociadas. Se recomienda documentar en el expediente la siguiente información: estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, signos vitales, hábitos de actividad física y alimentaria, historia familiar de obesidad, antecedente de tabaquismo y/o alcoholismo, empleo de medicina alternativa y síntomas de apnea del sueño, enfermedad cardiovascular y articular.

La medición de la circunferencia abdominal es sencilla y válida para promover la salud e identificar a las personas en riesgo de enfermedad cardiovascular, trastornos del sueño y diabetes. Se debe medir la circunferencia abdominal y calcular el IMC para evaluar el riesgo de comorbilidad asociado con la obesidad⁶¹.

⁵⁹ Ídem (47).

⁶⁰ Ídem (47).

⁶¹ Barrera A., Ávila L., Cano E.; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad (Internet); 13 de Octubre del 2016 (Consulta); (5); Disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>

El perímetro abdominal proporciona información sobre la distribución de la grasa corporal, la presencia de grasa abdominal se considera un factor de riesgo en la mayoría de las enfermedades que acompañan a la obesidad. Los valores que permiten establecer el riesgo dependen del grupo étnico y varía de acuerdo al género. Diversos organismos de salud han establecido diferentes criterios de evaluación del perímetro de cintura, como indicador de obesidad abdominal, el *Internacional Diabetes Federation* (IDF) lo establece a partir de = 94 cm (varones) y de = 80 cm. (mujeres), la *US National Cholesterol Education Program* (NECP) y la *American College of Endocrinology* y la *American Association of Clinical Endocrinologists* (AACE) la definen a partir de >102 cm. en varones y >88 cm. en mujeres, finalmente la *World Health Organization* (WHO) utiliza el cociente cintura-cadera (C/C) como parámetro, definiendo > 0.90 en varones y 0.85 en mujeres, este parámetro se utiliza en el diagnóstico de Síndrome Metabólico, junto con glucosa en ayunas, triglicéridos, HDL colesterol y presión arterial⁶².

La valoración clínica del estado nutricional requiere la exploración física sistemática por órganos y aparatos, con el objetivo de evaluar el estado general y el tipo de distribución de la grasa corporal, así como para obtener medidas antropométricas básicas (peso, talla, perímetro braquial —en el brazo izquierdo o no dominante—, pliegues cutáneos —tricipital y subescapular izquierdos o del lado no dominante— y circunferencias de cintura y cadera).

Las pruebas de laboratorio también contribuyen al diagnóstico integral del paciente con sobrepeso u obesidad, la solicitud de una biometría hemática, perfil de lípidos (LDL-colesterol; HDL-colesterol; colesterol total, triglicéridos, quilomicrones, alfa lipoproteínas, pre-beta lipoproteínas, beta lipoproteínas, apolipoproteínas A1 y apolipoproteínas B) y química sanguínea (glucosa en ayunas, nitrógeno ureico, creatinina, urea y ácido úrico). Además ayudan al clínico a establecer la presencia de síndrome metabólico.

⁶² Ídem (54).

5.5.7 Consecuencias.

Los problemas vinculados a la Obesidad han destacado dentro del perfil epidemiológico de la salud poblacional de México. Por su naturaleza crónica, causa de forma recurrente la demanda de servicios médicos y de un número cada vez mayor de pacientes que presentan complicaciones. La Obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles representan un grave problema de atención y son un reto para el sistema de salud actual por los efectos adversos a la calidad de vida de los individuos afectados, el elevado costo de su tratamiento y su contribución al incremento en la mortalidad.

Las principales complicaciones médicas de la obesidad son: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal. Otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa.

- Dislipidemias.

Una de las comorbilidades más importantes de la obesidad son las dislipidemias, su importancia reside en que son muy frecuentes, contribuyen al aumento del riesgo cardiovascular, son fácilmente diagnosticables y su tratamiento es una intervención costo-eficaz para reducir la mortalidad cardiovascular. La dislipidemias de la obesidad se caracteriza por las concentraciones altas de triglicéridos y niveles bajos de colesterol HDL. Existen anomalías de la composición y del número de todas las lipoproteínas que contienen a la apoproteína B. Las lipoproteínas sintetizadas en el hígado (VLDL) tienen un contenido mayor de triglicéridos, lo que aumenta su diámetro y disminuye su

catabolismo; este fenómeno es el mayor determinante de la hipertrigliceridemia asociada a la obesidad⁶³.

- Enfermedades Cardíacas.

La obesidad provoca debilidad del corazón como bomba y lleva a la insuficiencia cardíaca congestiva. La obesidad favorece la formación de coágulos en los vasos sanguíneos (trombosis) y un bajo grado de inflamación crónica que acelera la aterosclerosis, es decir, el depósito de placas de ateromas en los vasos, lo que dificulta el flujo de sangre a los tejidos. Cuando este proceso ocurre en las arterias coronarias que irrigan al corazón se produce la cardiopatía isquémica, un estado en que disminuye el riego de sangre al propio corazón y produce la necrosis o muerte de las células cardíacas por falta de oxígeno y nutrientes, cuyos eventos más graves son la muerte súbita y el infarto del miocardio agudo, además de la angina de pecho, patologías que se observan con más frecuencia en las personas con obesidad⁶⁴.

- Trastornos del sueño.

Una de las hipótesis señala que la restricción crónica de sueño modifica o incrementa la ingesta de alimentos. Estos cambios son secundarios a un aumento en las concentraciones séricas de ghrelina (hormona secretada por el estómago que estimula el hipotálamo, incrementando el apetito), y a una disminución en la concentración de leptina (hormona secretada por el tejido adiposo y que inhibe el apetito a nivel del hipotálamo); por lo tanto, puede ser la restricción crónica de horas de sueño afecte la regulación periférica del apetito, y que la falta de sueño aumente el consumo de alimentos al estar retrasado el estímulo de saciedad y se coma a pesar de no existir apetito⁶⁵.

⁶³ Rivera J., Hernández M., Aguilar C., et al.; Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado.; Consecuencias de la Obesidad.; Primera Edición; México: UNAM; 2014; p. 536.

⁶⁴P. Miguel, Niño A., et al.; Consecuencias de la obesidad; SCIELO (Internet); 14 de Octubre del 2016 (Consulta); vol. 20; n. 4; Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006

⁶⁵ Ídem (63).

- Apnea Obstructiva del Sueño.

La apnea obstructiva del sueño se caracteriza por la obstrucción intermitente de la vía aérea superior por la incapacidad de la musculatura faríngea para mantenerla abierta, en presencia de alteraciones de la forma y el diámetro de la vía aérea. Esto provoca una disminución del contenido de oxígeno arterial, una elevación de los niveles de dióxido de carbono y un incremento del esfuerzo inspiratorio, que trastorna profundamente el sueño. La obesidad es un factor de riesgo de apnea obstructiva del sueño. El incremento del depósito de grasa tisular en la región faríngea y los reducidos volúmenes pulmonares en la obesidad reduce el calibre de la vía aérea superior, modifican la configuración de la vía aérea e incrementan su colapsabilidad⁶⁶.

- Enfermedades Pulmonares.

La restricción torácica de la obesidad, habitualmente moderada, se atribuye a efectos mecánicos de la grasa sobre el diafragma y el tórax. La obesidad incrementa el trabajo de la respiración por reducciones en la distensión pulmonar y de la fortaleza de los músculos respiratorios, y esto provoca un desbalance entre la demanda de los músculos respiratorios y su capacidad para generar tensión. Además, la disnea de los pacientes con obesidad pudiera enmascarar otras condiciones, como las enfermedades pulmonares y las cardíacas.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es un trastorno progresivo que se acompaña de bronquitis crónica y enfisema caracterizado por un limitado flujo aéreo, además de una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas como el humo del tabaco. Los pacientes con EPOC son más sedentarios, y esto puede contribuir al desarrollo de la obesidad. La EPOC es un factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, con un incremento de 2 a 3 veces.

⁶⁶ Ídem (64).

La obesidad modifica las propiedades mecánicas del sistema respiratorio. La reducida expansión pulmonar compromete las fuerzas que mantienen las vías aéreas abiertas y puede incrementar la respuesta contráctil del músculo liso. El tejido adiposo produce plétora de mediadores inflamatorios, lo que sugiere un vínculo inmunológico entre obesidad y asma. El aumento en la secreción de leptina en la obesidad puede involucrarse específicamente en el desarrollo del asma por modulación de la inflamación de la vía aérea⁶⁷.

- Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial, definida como el aumento sostenido de las cifras de tensión arterial sistólica y/o diastólica, es un factor de riesgo cardiovascular que aumenta el riesgo de episodios cardiovasculares que constituyen la primera causa de mortalidad en nuestro país.

La Obesidad está relacionada con la Hipertensión Arterial debido a que el trabajo es mayor al que es sometido el miocardio en un sujeto problema de obesidad, porque la excesiva masa de tejido adiposo requiere un aumento en la vascularización, y se necesita un mayor volumen intravascular y entonces se eleva el gasto cardiaco. Con el tiempo, la dilatación del miocardio es una consecuencia⁶⁸.

- Diabetes Mellitus.

La diabetes es un trastorno heterogéneo como consecuencia de una deficiente secreción o acción de la insulina. La más importante causa de resistencia a la insulina es la obesidad; sin embargo, la mayoría de los obesos (80 %) no desarrollan DM-2 porque se requiere una base genética favorable para que esta tenga lugar. En la medida en que el peso corporal aumenta, disminuye la sensibilidad a la insulina. La respuesta es un incremento en la secreción de

⁶⁷ Ídem (64).

⁶⁸ Ídem (63).

insulina por un aumento en la masa de células beta del páncreas. En las personas con predisposición genética para la diabetes, este mecanismo falla a largo plazo y lleva a una disfunción de las células b, que es atribuida a una disminución de la regeneración de estas células y al incremento de la apoptosis (muerte celular programada); este último constituye un factor muy importante⁶⁹.

5.5.8 Tratamiento.

El tratamiento de la obesidad debe ser integral, multidisciplinario, donde cada uno de los especialistas maneje de manera responsable la sección de tratamiento que le corresponde, si uno de ellos falla el tratamiento puede fracasar. La terapéutica incluye medidas nutricionales médicas, quirúrgicas (solo en la obesidad mórbida), psicológicas y sobretodo educativas, para evitar las recaídas, que son muy frecuentes en este tipo de pacientes.

Los objetivos del tratamiento están encaminados a resolver los siguientes puntos:

1. Promover la pérdida de peso hasta alcanzar el rango normal, de acuerdo al IMC.
2. Corregir los hábitos conductuales, que promueven el sobrepeso u obesidad.
3. Incrementar la actividad física, a través del deporte o actividades recreativas.
4. Resolver las situaciones psicológicas, que acompañan al problema de sobrepeso u obesidad.
5. Educar al paciente, para implementar una alimentación adecuada en calidad y cantidad.

⁶⁹ Ídem (64).

- Alimentación.

Considerar la combinación de programas que incluyan una dieta hipo energética equilibrado, así como ejercicio y modificaciones en la conducta o psicoterapia de forma individualizada.

Estudios donde se compara la disminución de la porción de alimento contra la reducción de densidad de energía, se encontró que los pacientes con disminución en la ración (25 %) el aporte de energía decreció en un 10 %, en cambio cuando la densidad de energía se redujo un 25 % el aporte de energía disminuyó 20%.

❖ Plato del Bien Comer.

Es la herramienta gráfica que representa y resume los criterios generales que unifican y dan congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades⁷⁰.

Da las recomendaciones para integrar una dieta correcta para todos los grupos de población, asimismo promueve la variación y combinación de alimentos para asegurar el aporte de nutrimentos al organismo y evitar enfermedades como la obesidad, diabetes, desnutrición, hipertensión, entre otras. La alimentación correcta debe ser⁷¹:

- Completa. Que incluya por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.
- Equilibrada. Que los nutrimentos guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.

⁷⁰ Secretaría de Salud, Dirección General de Cálida y Educación en Salud, et al; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud, Promoción y educación para la Salud en Materia Alimentaria, Criterios para brindar Orientación; Definiciones (Internet); 31 de Octubre del 2016 (Consulta); Disponible http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

⁷¹Yakult; Plato del Bien comer (Internet); 31 de Octubre del 2016 (Consulta); Disponible: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf

- Suficiente. Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.
- Variada. Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.
- Higiénica. Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza.
- Adecuada. A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.

No existen alimentos buenos o malos, lo que existe es una dieta correcta cuando en la alimentación se incorporan alimentos de cada grupo en cada tiempo de comida. Con el Plato del Bien Comer se identifican las características de una alimentación correcta. Se debe orientar a la población para planificar y distribuir la dieta familiar de acuerdo a la edad, estado de salud y nutrición de las personas que la integran, considerando los recursos económicos, disponibilidad de alimentos, costumbres y condiciones higiénicas. En el grupo de edad de veinte a cincuenta y nueve años⁷².

- Se debe orientar, principalmente a la mujer, acerca de las principales fuentes dietéticas de calcio, hierro y ácido fólico (Alimentos adicionados con uno o más de los nutrimentos señalados respectivamente, que aporten 10% o más de los Valores Nutrimientales de Referencia para una dieta de 2000 Kcal).
- Se debe indicar a las personas que realizan actividad física intensa por razones laborales, deportivas o recreativas que, debido a su mayor gasto energético es necesario mantener una dieta correcta e incrementar el consumo de agua simple potable.

⁷² Ídem (70).

EL PLATO DEL BIEN COMER.



Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Cálida y Educación en Salud, et al; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud, Promoción y educación para la Salud en Materia Alimentaria, Criterios para brindar Orientación; Disposiciones Específicas (Internet); 31 de Octubre del 2016 (Consulta); Disponible http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013

❖ Jarra del Buen Beber.

La Jarra del Buen Beber es una guía informativa que se muestra cuáles son las bebidas saludables y la cantidad de líquidos que se recomienda consumir al día.

- Se deben beber de 6 a 8 vasos de agua natural todos los días.
- No tomar más de 2 vasos al día de leche semidescremada y bebidas de soyas sin azúcar, empezando a partir de los 2 años de edad.
- Tomar máximo 4 tazas (240 ml por taza) de té o café sin azúcar.
- No consumir más de 2 vasos de bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales, como agua con vitaminas y bebidas energéticas.
- Tomar ½ vaso de jugo de frutas 100% natural, leche entera, bebidas deportivas o bebidas alcohólicas, ya que estas tiene altas cantidades de

grasa o azúcares. Por último debes evitar el consumo de todo tipo de refrescos o gaseosas dietéticas o “light”⁷³.

JARRA DEL BUEN BEBER.



Fuente: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Los Beneficios de la Jarra del Buen Beber (Internet); 31 de Octubre 2016 (Consulta); Disponible <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber?idiom=es>

❖ Actividad Física.

La actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. En un inicio se sugiere niveles moderados de actividad física de al menos 30 a 40 minutos durante tres a cinco veces por semana. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se haya elegido. Cuando se combina la actividad aeróbica con los ejercicios de fuerza y resistencia se mejora aún más la composición corporal pues se promueve un aumento de la masa muscular⁷⁴.

⁷³ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Los Beneficios de la Jarra del Buen Beber (Internet); 31 de Octubre 2016 (Consulta); Disponible <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber?idiom=es>

⁷⁴ Kauffer M., Loredana H., Ávila H.; Obesidad en el Adulto (Internet); 14 de Octubre del 2016 (Consulta); p. 29; Disponible http://www.rua.unam.mx/repo_rua/temas_transversales_de_interes_general/600_tecnologia_ciencias_aplicadas/610_ciencias_medicas__medicina/_6009.pdf

❖ Tratamiento Farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe ser utilizado sólo bajo supervisión médica estrecha y en el contexto de una estrategia de tratamiento a largo plazo. Se debe recomendar el tratamiento farmacológico a aquellos pacientes con obesidad que no logran alcanzar la meta terapéutica a través de la dieta y ejercicio. Se recomienda considerar tratamiento farmacológico cuando el IMC ≥ 30 kg/m² o cuando el IMC se encuentra entre 27-29.9 kg/m² en pacientes con comórbidos o complicaciones de obesidad tales como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, hiperlipidemia, enfermedad arterial coronaria, apnea del sueño y enfermedad articular degenerativa⁷⁵.

La mayoría de los medicamentos son anorexigénicos, con excepción del orlistat que produce una disminución en la absorción de los nutrientes. Los medicamentos utilizados en el tratamiento de la obesidad, de acuerdo a su efecto farmacológico y mecanismo de acción son los siguientes⁷⁶.

⁷⁵ Ídem (47).

⁷⁶ Ídem (54).

❖ MEDICAMENTOS.

ACTIVIDAD	MEDICAMENTO	MECANISMO DE ACCIÓN
Supresores del apetito	Sibutramina, Mazindol, Rimonabant.	Actúa en una amina simpaticomimético, estimulando el sistema nervioso central, reduciendo el apetito.
Incrementa la actividad metabólica.	Efedrina con Caféina.	Acelera el metabolismo, estimulando la secreción de la adrenalina en el cuerpo. La adrenalina estimula la liberación de glucosa a partir de los ácidos grasos libres del hígado y de las reservas de grasa del cuerpo, aumentando la disponibilidad y la utilización de la glucosa y la grasa para la producción de ATP.
Disminuye la absorción de la carga calórica.	Acarbosa	Es un inhibidor de alfa-glucosidasa intestinal, que es la enzima que hidroliza los hidratos de carbono a azúcares sencillos. Actúa retardando la absorción de glucósidos a escala intestinal.
Adrenérgicos.	Mazindol.	Actúa en una amina simpaticomimético, estimulando el sistema nervioso central, reduciendo el apetito.
Antagonistas selectivos de CB ₁	Rimonabant	El sistema endocannabinoide es un sistema fisiológico presente en el cerebro y tejidos periféricos que afectan al equilibrio energético, al metabolismo de la glucosa y lipídico y al peso corporal y en las neuronas del sistema mesolímbico modula la ingesta de alimento muy apetecible, como dulces y grasas.

ACTIVIDAD	MEDICAMENTO	MECANISMO DE ACCIÓN
Inhibidores de la recaptura de serotonina.	<ul style="list-style-type: none"> • Selectivos: Fluoxetina, Sertralina. • No selectivos: Fenfluramina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la ingesta calórica conseguida a partir del "pica" que define a muchos pacientes ansiosos. • La disminución del apetito es suprimida por los fármacos que bloquean la serotonina provocando determinadas lesiones cerebrales.
Inhibidores de la ruptura de serotonina y noradrenalina.	Sibutramina.	Inhibiendo selectivamente la recepción de la neurotransmisión y ejerciendo un papel agonista de receptores adrenérgicos y serotoninérgicos.
Inhibidores de la lipasa pancreática.	Orlistat.	La unión del fármaco a la lipasa inhibe la degradación de los triglicéridos, limitando su absorción, por lo que son excretados en un 30% a nivel fecal.

❖ Tratamiento Quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico solo se utiliza en situaciones de extrema necesidad, cuando el paciente presenta obesidad mórbida ($IMC > 40 \text{ Kg. /m}^2$) donde no se puede ofrecer al paciente ninguna otra alternativa y el tratamiento farmacológico y las medidas dietéticas, actividad física y cambios conductuales han fracasado rotundamente. Los criterios para la cirugía bariátrica de la obesidad son:

- Pacientes entre 18 y 65 años.
- Tener un $IMC > 40 \text{ Kg./m}^2$

- Tener un IMC entre 35 a 40 Kg. /m², con otras enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, apnea del sueño, osteoartritis (grandes articulaciones), etc.
- Pacientes sin respuesta al tratamiento intensivo (controlado por el especialista)
- Pacientes que hayan recuperado el peso después de haber tenido una pérdida considerable
- Pacientes sin contraindicaciones quirúrgicas o anestésicas
- Pacientes que entiendan y se comprometan a un seguimiento a largo plazo

Debido a que la cirugía implica aspectos técnicos, complicaciones, costos y requiere extensa preparación pre y perioperatoria, se recomienda considerar en aquellos pacientes con obesidad severa quienes tienen falla para lograr control de peso posterior a un tratamiento no farmacológico y farmacológico correcto y óptimo. La cirugía bariátrica reduce el peso corporal, mejora las comorbilidades asociadas con obesidad (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus y dislipidemias) y la calidad de vida en pacientes con IMC 40.

Las contraindicaciones relativas para cirugía bariátrica incluyen: enfermedad arterial coronario inestable, enfermedad pulmonar severa, hipertensión portal u otras condiciones que pueden comprometer o incrementar el riesgo anestésico, múltiples cirugías abdominales, hernias incisionales complicadas, neoplasias e incluso aquel paciente que no logra comprender los principios básicos de la cirugía o las indicaciones postoperatorias⁷⁷.

⁷⁷ Ídem (47).

VI. DESARROLLO FÍSICO Y COGNOSCITIVO Y PSICOSOCIAL EN LA ADULTEZ MEDIA.

El término mitad de la vida, apareció cuando la esperanza de vida comenzó a ampliarse. Definimos adultez media, en términos cronológicos, como la etapa entre los 40 y 60 años de edad, pero esta definición es arbitraria. No hay consenso sobre cuándo empieza o termina ni sobre hechos biológicos o sociales que determinen sus límites. La edad media puede ser una época, no de declive o retraso, sino también de dominio, capacidad y crecimiento, una época para revalorar las metas y aspiraciones y para decidir sobre la mejor manera de aprovechar el resto de la vida⁷⁸.

Los cambios sensoriales y motrices, son casi perceptibles, se da cuenta de que no puede leer sin anteojos, los reflejos ya no son tan rápidos como antes, incluyendo problemas de vista y auditivos. La presbiopía, deterioro de la vista que se caracteriza por la reducción de la capacidad de enfocar los objetos cercanos, una condición asociada con la edad. La presbiacusia se limita a sonidos agudos que los que se utilizan en el habla.

Los adultos empiezan a perder sensibilidad al tacto después de los 45 años de edad y al dolor después de los 50 años. Sin embargo, se conserva la función protectora del dolor. Hacia los 45 años se advierte alguna pérdida de la fuerza muscular; lo cual se debe a la pérdida de fibras musculares, sustituidas por grasa.

La destreza manual se deteriora después de los 35 años, se reduce muy poco hasta aproximadamente los 50 años, pero el tiempo de reacción operativo se amplía poco a poco en la adultez. Se hace más frecuente el fenómeno de la punta de la lengua en que la persona está segura de que sabe una palabra pero no puede recuperarla de la memoria; y es probable que as personas que

⁷⁸ Papalia D. E.; Desarrollo Humano; Edición Duodecima; Editorial Graw Hill; México 2012; Consulta 24 de mayo del 2017; pág. 480-500.

experimentan dicho fenómeno con mayor frecuencia muestran más atrofia en la ínsula izquierda, una área del cerebro asociada con la producción del habla.

Los cambios de aspecto se hacen notables en los años de la mitad de la vida. Hacia la quinta o sexta décadas, la piel pierde tersura y suavidad, pues la capa de la grasa que está debajo de la superficie se adelgaza, las moléculas de colágeno se endurecen y las fibras de elastina se hacen quebradizas. El pelo se adelgaza y encanece porque baja la producción de pigmento melanina. La gente de edad media aumenta de peso debido a la acumulación de grasa y pierde estatura porque se encogen los discos vertebrales.

La menopausia ocurre entre los 50 y los 52 años, y la mayoría de las mujeres la experimentan entre los 45 y los 55 años. Los síntomas que más se señalan son bochornos y sudoración nocturna que se debe a cambios erráticos de las secreciones hormonales que afectan los centros cerebrales de control de la temperatura. La frecuencia de la actividad sexual y la satisfacción con la vida sexual disminuyen de manera gradual durante los cuarenta y los cincuenta. Esa disminución no se relacionó con la menopausia, sino con la edad y la condición física.

La alimentación, el tabaquismo, el consumo de alcohol y de drogas, así como la actividad física influyen en la salud en la edad media, y también después. El exceso de peso en la edad media aumenta el riesgo de deteriorar la salud y morir, aun en personas sanas. La actividad física a la mitad de la vida aumenta las probabilidades de conservar la movilidad de la vejez al evitar el aumento de peso y mantener la salud por más tiempo.

En las mujeres, la pérdida ósea se acelera en los primeros cinco a diez años después de la menopausia, a medida que se reducen a concentraciones de estrógeno, que contribuye a la absorción del calcio. Las mujeres con sobrepeso, las que toman alcohol, las que tuvieron menarquia precoz y menopausia tardía, las que tienen antecedentes familiares de cáncer de mama y las que no tuvieron hijos

o no los tuvieron de jóvenes corren el riesgo de sufrir cáncer de mama, mientras que las que se ejercitan de manera moderada y comen poca grasa y mucha fibra, corren menos riesgo.

Las mujeres refieren estrés más extremo que el hombre por que el patrón de respuesta de las mujeres es más de cuidado y la cordialidad, actividades afectivas para reforzar la seguridad, y de dependencia de las redes sociales para intercambiar recursos y responsabilidades.

Es más frecuente que, sufran trastornos psicológicos graves: tristeza profunda, nerviosismo, inquietud, desesperanza y sentimientos de minusvalía la mayor parte del tiempo.

DESARROLLO COGNOSCITIVO.

Algunos teóricos sostienen que la cognición adopta formas distintivas en la mitad de la vida. La mayor pericia (conocimiento especializado) se ha atribuido a la encapsulación de las habilidades fluidas en el campo elegido por la persona. Los adultos maduros integran la lógica con la intuición y la emoción, concilian ideas y hechos contradictorios y añaden nueva información a lo que ya se sabe. Interpretando lo que leen, ven o escuchan en términos de lo que significa para ellos.

Los hombres y mujeres que hacen trabajo doméstico complejo, como administrar un presupuesto, preparar una mudanza o llevar a cabo reparaciones complicadas, como instalar tubería nueva, pudiera hacerse más significativo y estimulante, mayor cantidad de adultos conservarían o mejorarían sus habilidades cognoscitivas.

DESARROLLO PSICOSOCIAL.

Alrededor de los 40 años, los adultos se concentran en las obligaciones con la familia y la sociedad y desarrollan aspectos de la personalidad que los ayudarán a

alcanzar las metas que se propongan. Es común que en la edad media traiga consigo una reestructuración de los roles sociales: despedir a los hijos, convertirse en abuelos, cambiar de trabajo o profesión y, a la larga, el retiro.

Muchas personas de edad media se encuentran más ocupadas y participativas que nunca; algunas se dedican incluso a la crianza de los hijos pequeños mientras que otras redefinen sus funciones como padres de adolescentes y adultos tempranos y a menudo como cuidadores de sus ancianos padres.

La mitad de la vida es sólo uno de los puntos decisivos de la vida conformando por las transiciones psicológicas que implican cambios o transformaciones importantes en el significado, propósito o dirección que se prescribe en la vida de una persona.

Las emociones positivas se incrementan, en los hombres pero disminuye en las mujeres, entre la edad media y en la adultez tardía aumenta de forma marcada para ambos géneros, en especial en el caso de los hombres. La mayor satisfacción con la vida puede ser el resultado de una revisión o recapitulación en la mitad de la vida, esto es, la búsqueda del equilibrio mediante la realización de deseos y aspiraciones antes ignorados.

La satisfacción matrimonial por lo general toca fondo al principio de la edad media, cuando muchas parejas tienen hijos adolescentes y están muy ocupadas con sus carreras. Por lo general, el bienestar matrimonial se alcanza su punto más importante cuando los hijos crecieron; muchas personas están retiradas o empiezan su retiro y la acumulación de bienes de toda la vida ayuda a aliviar las preocupaciones financieras.

La mayor parte de los padres que se encuentran al inicio de esta etapa deben de afrontar un conjunto diferente de problemas que surgen de convivir con los hijos que pronto dejarán el hogar. Una vez que éstos se convierten en adultos y que tienen sus propios hijos, la familia intergeneracional se multiplica en cantidad y en conexiones. Los padres de edad media, por lo regular las mujeres, suelen ser os

guardianes familiares que conservan los vínculos entre las diversas ramas de la familia extensa. Los efectos del nido vacío en el matrimonio dependen de su cualidad y duración. En un buen matrimonio, la partida de los hijos puede conducir a una segunda luna de miel. La partida de los hijos del hogar familiar por lo regular aumenta la satisfacción matrimonial, lo que posiblemente se debe a que la pareja dispone ahora de más tiempo para dedicarse mutuamente.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

7.1 Presentación Del Caso Clínico.

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre : GJHV		
Edad: 54 Años.	Sexo: Femenino.	Escolaridad: Carrera Técnica (Secretaria).
Ocupación: Ama de Casa.	Estado civil: Casada.	Religión: Católica.
Casa: Propia	Lugar de Nacimiento: Ciudad de México	
Fuente de Información: Directa	Integrante de la familia: Madre	Personas significativas: Esposo e Hijos

2.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre finada a los 85 años de edad, a causa de un shock séptico por pie diabético en estado de gangrena, el cual fue amputado; con antecedentes de diabetes e hipertensión actualmente controladas; padre diabético e hipertenso también aparentemente controladas, cuenta con once hermanos, uno de ellos fallece al nacimiento se desconoce la causa, le viven actualmente diez hermanos de los cuales cinco son diabéticos sin complicaciones aparentemente.

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES CON BASE AL MODELO DE ATENCIÓN DE VIRGINIA HENDERSON.

1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN.

A la auscultación se encuentran campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, sin presencia de estertores, Con una tensión arterial de 120/80 mmHg, presenta una frecuencia cardiaca de 76 latidos por minuto, Frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, Llenado capilar de 3 segundos. Presencia de ortopnea. Refiere disnea de pequeños a medianos esfuerzos.

2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Peso de 90 Kg. Con una talla de 149 cm, perímetro abdominal de 124 cm, y un IMC de 40.5 Kg. Cavidad oral hidratada, cuenta con todas la piezas dentales, sin caries, complexión robusta, se alimenta por sí sola, realiza dos comidas al día menciona que la mayoría de las veces son muchos los carbohidratos que están presente en su dieta. Bebe aproximadamente 1500 ml. de líquidos entre agua, café, refresco y té diariamente.

3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Sin presencia de estreñimiento, menciona la paciente que no existe alteración alguna en la eliminación intestinal mencionando que acude al baño dos veces al día, con una consistencia formada, color café, y presencia de flatulencia. Gasto urinario aparentemente normal ya que menciona que acude al baño de tres a cuatro veces en 24 horas.

4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Menciona dedicarse a las labores doméstica todos los días y refiere que solo en ocasiones sale a caminar por las mañanas por un tiempo aproximado de 1 hora, por lo que tiene un estilo de vida sedentario, mas sin embargo sabe lo importante que es tener actividad física, pero explica que en ocasiones el tiempo no es el suficiente, y prefiere dedicarse a tejer o bordar por lo que permanece sentada.

5.- NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO.

Sueño fisiológico presente de 5 a 6 horas por la noche sin existencia de siestas por el día, ya que decide guardar ese sueño para la noche. Menciona también que duerme pero no siente que descanse lo suficiente por la dificultad al respirar al estar acostada.

6.- NECESIDAD DE USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Cambios de ropa interior y exterior diario, uso de pants ya que menciona no encontrar ropa de su talla y adecuada para sus gustos por lo que decide vestir a diario con este tipo de prendas.

7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

Temperatura de 36.5°C, la piel se encuentra intacta e hidratada sin alteraciones a la exploración.

8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Cabello bien implantado, sin alopecias, limpio sin datos de seborrea, ojos simétricos sin alteraciones así como los oídos limpios, baño diario, así como lavado de manos antes y después de ir al baño, al preparar sus alimentos y cuando llega de la calle, aseo bucal diario, buena coloración de tegumentos, con buena textura de la piel, herida por cirugía de hernia umbilical hace cuatro años.

9.- NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD.

Comentar tener esquema de vacunación completo, sin adicciones, niega fauna nociva, cuenta con un perro, dos gallos, y un perico, tiene casa propia, cuenta con todos los servicios (agua, luz, drenaje, etcétera), sin hacinamiento. Tiene acceso a todos los medios de comunicación.

10.- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN.

Sin alteraciones en el habla, no presenta problemas de audición, sin limitaciones físicas que le interfieran la comunicación.

11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN CREENCIAS Y VALORES.

Paciente católica, creyente en valores como la honestidad, respeto sinceridad, amabilidad y sobre todo ser honrado, niega no tener otras formas o métodos que le ayuden a mejorar su salud como lo son el uso de fetiches u otras creencias.

12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

No cuenta con un trabajo se dedica al hogar, menciona que su esposo es quien aporta dinero para el mantenimiento del hogar, donde se desarrollan los cuatro integrantes de la familia, no cuentan con problemas económicos por el momento.

13.- NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Escucha música durante la realización de sus labores domésticas y cuando duerme, ve la televisión en tiempos libres y teje al mismo tiempo y por las noches le gusta leer o rezar, evita salir por mucho tiempo a la calle solo para lo indispensable por temor a la inseguridad que se vive actualmente.

14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

Carrera técnica en Secretariado, refiere que desea aprender más sobre su enfermedad y sobre los riesgos que esta conlleva así como también sobre el tratamiento y seguir las indicaciones que se le brindan, para mejorar su estado de salud.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

Inicio de la menarca a los 10 años de edad con un ritmo de cada 28 días con una duración de 3 días, flujo abundante. Fecha de última regla fue 17 de Diciembre del 2015, menopausia hace un año aproximadamente sin complicaciones. Conto con dos embarazos aparentemente sanos, a término de 38 semanas de gestación ambos embarazos, partos vaginales sin complicaciones, niega abortos. La paciente refiere haber hecho su estudio de Papanicolaou en enero del 2016 sin alteraciones, así como también se realizó su mamografía sin alteración alguna, lleva cada mes una autoexploración de mamas sin hallazgo relevantes.

7.2. Instrumento De Valoración De Enfermería (Virginia Henderson).

I.- Ficha de identificación:

Nombre : GJHV		
Datos socio demográficos		
Edad: 54 Años.	Sexo: Femenino.	Escolaridad: Carrera Técnica (Secretaria).
Ocupación: Ama de Casa.	Estado civil: Casada.	Religión: Católica.
Casa	Propia: X	Prestada: -----
	Rentada: -----	
Antecedentes personales:		
Alergias: Negadas.	si: -----	no: X
Especificar:		

II.- Valoración de necesidades:

Necesidad de oxigenación:				
Área pulmonar				
Frec. Resp.: 20 Respiraciones x min.	Dif. Respiratoria: Negadas.	Apnea: Negadas	Disnea: Ortopnea.	En esfuerzo: Negadas
Tos frecuente: Negadas	Productiva: Negada	Seca: Negada		
Secreciones bronquiales	Si: -----	No: X	Características: No aplica.	
Color de piel y mucosas: -----	Palidez: No	Cianosis distal: Negado.	Cianosis peri bucal: Negado	
Datos subjetivos: Ronquidos al dormir.				
Área cardiovascular				
Frecuencia cardiaca: 76 latidos por minuto.				
Pulso: 70	Normal: X	Débil: -----	Paradójico: -----	Ausente: -----
Llenado capilar: 2 segundos		Distal: 2 segundos		
Edema:	Si: --	No: X	Sitio: No aplica.	+ ++ +++ ++++
Datos subjetivos: presenta fatiga al caminar demasiado rápido, al subir escaleras.				

Necesidad nutrición e hidratación:				
Peso: 90 Kg	Talla: 1.49 cm.	IMC: 40.5 cm.	Pe. Abdo.: 124 cm	Glicemia: 100 mg/dl
Dieta habitual (tipo):		Normal: X	Blanda: -----	
No. De comidas diarias: 2 Comidas al día, en ocasiones 3 Comidas.				
Bebidas frecuentes diarias:		Agua: X	Café: X	Refresco: X
Ingesta de líquidos en 24 hr:		Menos de un litro:----	1-2 litros: X	Mayor a 2 litros: -----
Apetito:	Aumentado: X	Disminuido: -----	Suplementos alimenticios	Si: ---- No: X
Cavidad oral:	Hidratada: X	Semihidratada: -----		Deshidratadas: -----
	Sin caries: X	Caries: - -----	Si: ---- -----	No: X
Prótesis dental: No		Fija: No aplica	Móvil: No aplica	
Problemas de masticación: No		Deglución: No	Intolerancia: No	Nauseas: No Vomito: No
Complejión: Obeso				
Datos subjetivos:				

Necesidades de eliminación:				
Urinaria				
Frecuencia: -----	Veces en el día: 6	Características normales: -----	Si: X	No: -----
Anuria: No	Oliguria: No	Poliuria: No	Disuria: No	Nicturia: No Tenesmo: No
Incontinencia urinaria: Negadas.		Orina intermitente: Negadas		
Color: -----	Normal: X	Hematuria: No	Coluria: No	Otra: -----
Dependencia parcial: Negadas	Acompañado al sanitario: Negado	Facilitador comodo/orinal: Negado	Pañal: Negado	
Dependencia total: Negado	Sonda Vesical: Negado	Diálisis peritoneal: No	Hemodiálisis: No	
Menstruación: Cantidad: 28 días		Aspecto: Normal.	Color: Normal.	Olor: Normal.
Datos subjetivos:				

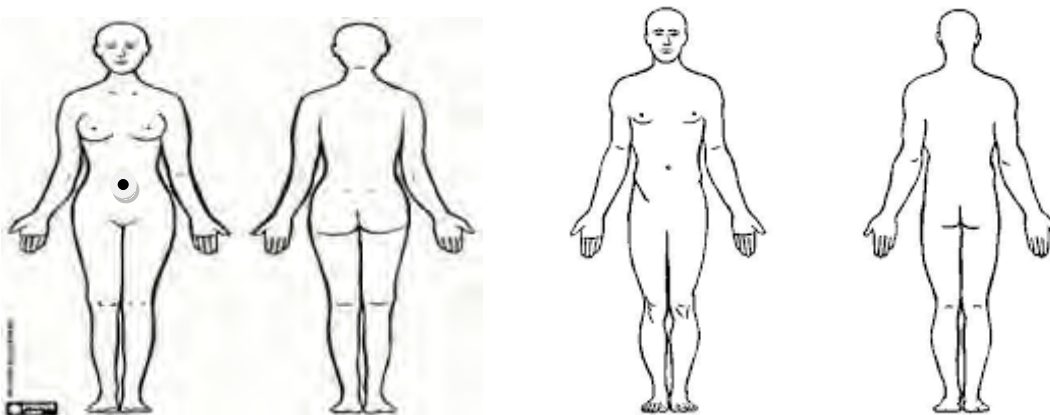
Intestinal				
Frecuencia: 2 veces al día.		Características normales		Si: X No: -----
Estreñimiento: Negado	Melena: Negado	Acolia: Negado	Mucosa: Negado	Pastosa: Negado
Con sangre fresca: Negado		Fétida: Negado	Líquida: Negado	
Dependencia parcial: No	Acompañado al sanitario: No	Facilitador de cómodo: No	Pañal: No	
Dependencia total: No		Colostomía: No		
Características: Aparentemente normal.				
Datos subjetivos:				
Necesidad de termorregulación				
Temperatura: 37 ° C Axilar.				
Normotermia: X		Hipertermia: Negado	Hipotermia: Negado	
Datos subjetivos: Menciona que se protege en los cambios bruscos de temperatura.				

Necesidad de moverse y mantener una buena postura				
Realiza actividad física:	Si: X	No: -----	Frecuencia: Ocasional.	
Sistema musculoesquelético:	Fuerza: X	Movilidad: X	Activa: X	Pasiva: -----
Capacidad muscular:	Tono m.: X	Resistencia: X	Flexibilidad: X	
	Dolor: Negado		Edema: Negado	
Postura: Buena	Coordinación: X	Seguridad: X	Activo: X	
Uso de dispositivo de ayuda: No	Andador: ---	Bastón: -----	Silla de ruedas: -----	Muletas: -----
Escala del dolor				

Necesidad de descanso y sueño			
Horas de descanso al día: Durante el día ninguna.			
Tipo de sueño:	Fisiológico: X	Inducido: -----	Insomnio: X
Horas de sueño: 3- 4 horas por la noche			
Facilitadores de sueño:	Masaje: No	Relajación: No	Música: Si
	Lectura: No		Medicamentos: No
Datos subjetivos. Presenta ronquidos por la noche el cual no la deja descansar adecuadamente.			

Uso de prendas de vestir adecuadas			
Distingue, relación entre higiene y salud:		Si: X	No: -----
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse		Si: X	No: X
Vestido: X	Completo: X	Incompleto: -----	Sucio: -----
Cambio de ropa interior: De algodón, Diario		Cambio de ropa exterior: Holgada, Diario.	
Datos subjetivos:			

Necesidad de higiene y protección de la piel				
Características de la piel:				
Coloración	Palidez: No	Cianosis: No	Rubicunda: No	Ictericia: No
Estado de la piel	Hidratada: Si	Deshidratada: -----	Integra: Si	Lesionada: No
Tipo de lesión: Cicatriz por cirugía de Hernia Umbilical.				
Marque la ubicación en el esquema				
Independencia para el baño: Si	De regadera: Si	Dependencia para el baño:	Esponja: No	
Baño (frecuencia): Diario				
Higiene oral (frecuencia): Diario, una vez al día.				
Cabello: alineado y limpio	Ojos: Simétricos.		Oídos: Sin alteraciones.	
Datos subjetivos:				



Necesidad de evitar peligros					
Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas			Si: -----		No: X
Toxicomanías:		Tabaco: No	Alcohol: No		Otras drogas: Negadas
Identificar las medidas para prevenir accidentes:					
Hogar:	Si: X	No: -----	Trabajo:	Si: X	No: -----
Escuela:	Si: X	No: -----			
Efectúa controles médicos periódicos:			Si: -----		No: X
Presencia de peligros ambientales en su examen físico					Si: ----- No: X
Prácticas para mejorar su salud: Ninguna					
Manejo del estrés: No			Técnicas de relajación: No		
Esquema de Vacunación: Completo		Alergias: Negadas.		Edo. Mental: Alerta.	
Características de la vivienda: casa de cemento, escaleras con barandal, y piso de loseta.					
Datos subjetivos:					

Necesidad de comunicarse					
Vive con:		Familia: Si		Solo: No	
Rol estructura familiar: Madre, Padre, Hija e Hijo.					
Tipo de familia:		Nuclear: Si		Mono parenteral: ---	Extensa: -----
Limitaciones físicas que interfieran con la comunicación:					
Si: -----		Visual: -----	Auditiva: -----	Verbal: -----	Motora: -----
No: X					
Cuanto tiempo pasa sola (o): Siempre está acompañada por su hija.					
Utiliza mecanismos de defensa: Ninguno.					
Agresividad: Negado.		Hostilidad: Negado		Desplazamiento: Negado	
Facilitadores de relación: Si					
Confianza: Si		Receptividad: Si		Simpatía: Si	Responsabilidad: Si
Datos subjetivos:					
Necesidad de vivir según sus creencias y valores					
Creencias religiosas significativas: Católica.					
Practica algún rito de acuerdo a su religión:					
Si: Si		No: ---	Cual: Asistir a misa diez a veinte veces al año.		

Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:	
Si: -----	No: X
Principales valores personales: Confianza, Responsabilidad, Respeto.	
Datos subjetivos:	

Necesidad de trabajar y realizarse			
Estado emocional:			
Calmando: X	Ansioso: No	Enfadado: No	Retraído: No
Temeroso: No	Irritable: No	Inquieto: No	Eufórico: No
Trabaja actualmente:	Si: -----	No: X	
Tipo de trabajo: -----		Jornada laboral: ----- horas	
Tipo de riesgos a los que está sometido en su trabajo: -----			
Biológicos: -----		Psicosociales: -----	
Físicos: -----		Químicos: -----	
Está satisfecho con su trabajo: -----	Si: -----	No: -----	
Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:	Si: -----	No: -----	
Datos subjetivos:			

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:			
Integridad del sistema neuromuscular:		Si: X	No: -----
Realiza alguna actividad lúdica o recreativa:	Si: ---	No: X	¿Cuál? -----
Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:		Si: X	No: -----
La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:			Si: X No: ---
Estado de ánimo:	Apático: -----	Aburrido: -----	Participativo: X
Datos subjetivos:			

Necesidad de aprendizaje:	
Escolaridad: Bachillerato técnico en secretariado.	
¿Conoce bien el concepto de la enfermedad que cursa? Si, a si como el riesgo que puede presentar.	
¿La información ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? Ha sido clara y completa.	
Datos subjetivos:	

7.3. Priorización de los Diagnósticos de Enfermería (Necesidades de Virginia Henderson)

NECESIDAD	DIAGNÒSTICO REAL	DIAGNÒSTICO POTENCIAL	DIAGNÒSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Nutrición.	00232 Obesidad relacionado con gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación manifestado por IMC >30 Kg/m ² .		00163 Disposición para mejorar la nutrición manifestado por deseo de mejorar la nutrición.
Oxigenación.	00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con obesidad manifestado por Ortopnea.		
Moverse y mantener una buena postura.	00093 Fatiga relacionado con estado fisiológico (obesidad) manifestado por deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente y cansancio. 00168 Estilo de vida sedentaria relacionado con motivación insuficiente para la actividad física manifestado por mala condición física.	00094 Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado con mala condición física.	
Evitar peligros.	00079 Incumplimiento relacionado con prolongado duración de régimen de tratamiento manifestado por falta de progreso.	00179 Riesgo de nivel de glicemia inestable relacionado con aumento de peso, la actividad diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad.	
Trabajar y realizarse.	00120 Baja autoestima relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por falta de propósito.		

Uso de prendas de vestir adecuadas.	00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con disminución en la motivación manifestada por deterioro de la capacidad para mantener su aspecto.		
Trabajar y participar en actividades recreativas.	00097 Déficit de actividades relacionado con actividad recreativa insuficiente manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el entorno actual.		
Aprendizaje.			00161 Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por expresa deseo de mejorar el aprendizaje. 00182 Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresa deseos de aumentar el autocuidado.

7.4. Diagnósticos De Enfermería (Necesidades De Virginia Henderson).

1.- OXIGENACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con obesidad manifestado por Ortopnea.			
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA:-----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑÍA
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00232 Obesidad relacionado con gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación manifestado por IMC >30 Kg/m². 00163 Disposición para mejorar la nutrición manifestado por deseo de mejorar la nutrición.			
5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE: -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA:	ORIENTACIÓN/COMPAÑÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00093 Fatiga relacionado con estado fisiológico (obesidad) manifestado por deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente y cansancio. 00168 Estilo de vida sedentaria relacionado con motivación insuficiente para la actividad física manifestado por mala condición física. 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado con mala condición física.			
7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE: -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑÍA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con disminución en la motivación manifestada por deterioro de la capacidad para mantener su aspecto.			
9.- EVITAR PELIGROS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE: -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPAÑÍA X

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00079 Incumplimiento relacionado con prolongado duración de régimen de tratamiento manifestado por falta de progreso. 00179 Riesgo de nivel de glicemia inestable relacionado con aumento de peso, la actividad diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad.			
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE: -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00120 Baja autoestima relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por falta de propósito.			
13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE: -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00097 Déficit de actividades relacionado con actividad recreativa insuficiente manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el entorno actual.			
14.- APRENDIZAJE	ESTADO DE SALUD	DEPENDIENTE: -----	PARCIALMENTE DE PENDIENTE: -----	INDEPENDIENTE: X
	NIVEL DE DEPENDENCIA	FALTA DE FUERZA: -----	FALTA DE VOLUNTAD: -----	FALTA DE CONOCIMIENTO: X
	RELACIÓN ENF/PTE	SUSTITUTA	AYUDA	ORIENTACIÓN/COMPañIA X
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	00161 Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por expresa deseo de mejorar el aprendizaje. 00182 Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresa deseos de aumentar el autocuidado.			

7.5 Diagnósticos Reales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderado del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
DOMINIO: 02 Nutrición. CLASE: 01 Ingestión. CÓDIGO: 00232. Obesidad relacionado con el gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación manifestado por índice de masa corporal > 30Kg/m ² .	DOMINIO: 02 Salud fisiológica. CLASE: I Regulación metabólica. CÓDIGO: 1006 Peso: Masa corporal.	100601 Peso. 100604 Tasa del perímetro cintura/cadera (mujeres)	MANTENER.	AUMENTAR.
			3	4
			3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: D Apoyo Nutricional. CÓDIGO: 1260 Manejo del peso.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio la ganancia de peso y la pérdida de peso. Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso. Determinar el peso corporal ideal del individuo. Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso saludable. Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación. Animar al individuo a consumir las cantidades adecuadas de agua. 		Para el mantenimiento del equilibrio entre la energía que se aporta al organismo y la que éste gasta, hay que establecer, como un de las medidas principales, unos patrones dietéticos apropiados para evitar la ganancia de peso, pero al mismo tiempo, para mantener el funcionamiento óptimo del organismo. Es importante la forma de comer, la cantidad y el tipo de alimentos a consumir, el modo de distribuir a lo largo del día. Se debe llevar una dieta equilibrada acompañada de ejercicio físico regular.		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.
CLASE: D Apoyo Nutricional.
CÓDIGO: 1160 Monitorización nutricional.

ACTIVIDADES.

- Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso.
- Vigilar los niveles de energía, malestar, fatiga y debilidad
- Observar preferencias y selección de comidas.
- Controlar la ingesta calórica y nutricional.
- Medición de perímetro de cintura.
- Monitorizar la ingesta calórica dietética
- Identificar los cambios recientes de apetito y actividad

FUNDAMENTACIÓN.

El objetivo de la terapia de nutrición es estabilizar o aumentar el peso del paciente y mejorar su estado nutricional. Esto significa garantizar que la ingesta total de nutrientes del paciente proporciona suficiente energía, proteínas, micronutrientes y líquidos para las necesidades individuales del paciente.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 02 Nutrición. CLASE: 01 Ingestión. CÓDIGO: 00232. Obesidad relacionado con el gasto de energía se encuentra por debajo del consumo de energía basado en estándares de evaluación manifestado por un adulto índice de masa corporal >30K/m ² .	DOMINIO: 04 Conocimiento y conducta de salud.	162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable	2	3
	CLASE: S Conocimiento sobre la salud.	162704 Selecciona alimentos y líquidos nutritivos	2	3
	CÓDIGO: 1627 Conducta de pérdida de peso.	162706 Establece una rutina de ejercicio	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: D Apoyo nutricional. CÓDIGO: 5246 Asesoramiento nutricional				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Establecer la duración de la relación de asesoramiento • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Proporcionar información si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud: pérdida de peso, restricción de sodio, reducción de colesterol, restricción de líquidos. • Colocar folletos informativos, llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente (plato del bien comer, jarra del buen beber) 		<p>La educación y el asesoramiento sobre nutrición se centran en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima además como parte de un programa integral de educación sanitaria debe incluir componentes sobre el manejo del estrés y la ansiedad para evitar riesgos y daños a la salud.</p>		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.
CLASE: A Control de actividad y ejercicio.
CÓDIGO: 0200 Fomento del ejercicio.

ACTIVIDADES.

- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud.
- Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios.
- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades

FUNDAMENTACIÓN.

El ejercicio ayuda a prevenir las enfermedades del corazón, y muchos otros problemas. Además el ejercicio aumenta la fuerza, la energía y puede ayudar a reducir la ansiedad y tensión. También es una buena manera de cambiar el rumbo de su apetito y quemar calorías.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Desviación grave del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderado del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 04 Actividad/reposo. CLASE: 04 Respuesta cardiopulmonares/pulmonares. CÓDIGO: 00032 Patrón respiratorio ineficaz relacionado con obesidad manifestado por ortopnea.	DOMINIO: 02 Salud fisiológica CLASE: E Cardiopulmonar. CÓDIGO: 0403 Estado respiratorio: ventilación.	040301 Frecuencia respiratoria. 040302 Ritmo respiratorio. 040315 Ortopnea.	2 2 2	3 3 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 02 Fisiológica: Complejo. CLASE: K Control respiratorio. CÓDIGO: 3350 Monitorización respiratoria.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. • Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos. • Observar si hay fatiga muscular diafragmática. 		La valoración clínica e intervalos frecuentes es el elemento más importante en la toma de decisiones. Es de especial importancia la valoración del trabajo respiratorio incrementado, a través de la visualización de la actividad vigorosa de los músculos del cuello y la presencia de sincronía en la movilidad toraco-abdominal como indicador de disfunción y eventual fatiga diafragmática		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 02 Fisiológico: Complejo.
CLASE: K Control respiratorio.
CÓDIGO: 3390 Ayuda a la ventilación.

ACTIVIDADES.

- Colocar al paciente de forma tal que facilite la concordia ventilación/perfusión.
- Colocar al paciente de forma tal que alivie la ortopnea.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria
- Deambular de tres a cuatro veces por día según corresponda.
- Enseñar técnicas de respiración según corresponda.

FUNDAMENTACIÓN.

El sistema respiratorio es el conjunto de órganos que participan en la función respiratoria. Esta función de la nutrición es el intercambio gaseoso entre el organismo y el medio que lo rodea, en la cual se adquiere oxígeno y se elimina dióxido de carbono.

Por ser este aparato uno de los más afectados por distintos mecanismos, es indispensable el conocimiento de sus manifestaciones clínicas, para realizar una valoración justa del paciente y prevenir muchas situaciones clínicas que de no ser detectadas oportunamente pueden afectar la vida del paciente

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Grave; 2. Sustancial; 3. Moderado; 4. Leve; 5. Ninguno.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 04 Actividad/reposo. CLASE: 03 Equilibrio de la energía. CÓDIGO: 00093 Fatiga relacionado con estado fisiológico (obesidad) manifestado por deterioro de la habilidad para mantener las actividades habituales, energía insuficiente y cansancio.	DOMINIO: 01 Salud funcional. CLASE: A Mantenimiento de la energía. CÓDIGO: 0007 Nivel de fatiga.	000701 Agotamiento.	2	3
		000713 Malestar después del ejercicio.	2	3
		000728 Metabolismo.	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: A Control de actividad y ejercicio. CÓDIGO: 0180 Manejo de la energía.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la percepción de la causa de fatiga parte del paciente. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad. • Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad. • Animar a realizar ejercicios aeróbicos. 		Cualquier actividad con gasto de energía puede ayudar a las personas a reducir el riesgo de mortalidad, sin importar el grado de intensidad. La actividad física estimula el metabolismo de las grasas y reduce los niveles circulantes de grasa en la sangre (triglicéridos y colesterol). Cuando la actividad física se lleva regularmente esta reduce la carga de trabajo del corazón.		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.
CLASE: A Control de actividad y ejercicio.
CÓDIGO: 5612 Enseñanza: Actividad/ ejercicio prescrito.

ACTIVIDADES.

- Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio.
- Enseñar al paciente cómo controlar la tolerancia a la actividad/ejercicio.
- Enseñar al paciente los métodos de conservación de energía.
- Incluir a la familia/ser querido, si resulta apropiado.

FUNDAMENTACIÓN.

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por el músculo esquelético y que resulta en un incremento sustancial del gasto energético. La personas con un estilo de vida activo y en buena condición física metaboliza más grasa y la práctica de ejercicio de intensidad moderado incrementa la capacidad de usar la grasa corporal acumulada, lo que se vuelve considerable el hábito del ejercicio se mantiene a lo largo del tiempo.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 01 Promoción de la salud. CLASE: 01 Toma de conciencia de la salud. CÓDIGO: 00168. Estilo de vida sedentario relacionado con motivación insuficiente para la actividad física manifestado por mala condición física.	DOMINIO: 05 Salud percibida. CLASE: U Salud y calidad de vida. CÓDIGO: 2004 Forma física.	200404 Participación en actividades físicas.	2	3
		200409 Índice de Masa Corporal.	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: A Control de actividad y ejercicio. CÓDIGO: 0200 Fomento del ejercicio.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los obstáculos para el ejercicio. • Animar al individuo a empezar a continuar con el ejercicio. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios. • Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. 		El ejercicio ayuda a prevenir las enfermedades del corazón, y muchos otros problemas. Además el ejercicio aumenta la fuerza, la energía y puede ayudar a reducir la ansiedad y tensión. También es una buena manera de cambiar el rumbo de su apetito y quemar calorías.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 01 Promoción a la salud. CLASE: 02 Gestión de la salud. CÓDIGO: 00079 Incumplimiento relacionado con prolongada duración del régimen de tratamiento manifestado por falta de progreso.	DOMINIO: 04 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: Q Conducta de salud. CÓDIGO: 1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita.	162201 Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario.	2	3
		162203 Utiliza información nutricional de las etiquetas para seleccionar los alimentos	2	3
		162205 Toma alimentos compatibles con la dieta prescrita	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: D Apoyo nutricional. CÓDIGO: 1100 Manejo de la nutrición				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales (comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos) Ayudar a la paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos (Plato del bien comer y jarra del buen beber) más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida (Limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes). Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento 		Es un proceso de apoyo para establecer prioridades y metas y crear planes de acción individualizados que reconocen y fomentan la responsabilidad del auto-cuidado. Los dietistas se ocupan a menudo del asesoramiento conductual relacionado con la nutrición, para facilitar el cambio de comportamiento. Para ser eficaces, los dietistas deberán tener conocimientos sobre la nutrición y las ciencias de la alimentación, la cocina étnicas y las cocinas regionales.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 06 Auto percepción. CLASE: 02 Autoestima. CÓDIGO: 00120 Baja autoestima relacionado con alteración de la imagen corporal manifestado por falta de propósito.	DOMINIO: 03 Salud psicosocial.	130501 Establecimiento objetivos realistas.	2	3
	CLASE: N Adaptación CÓDIGO: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida.	130502 Mantenimiento de la autoestima.	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Valorar y descubrir las respuestas alternativas a la situación. • Disponer un ambiente de aceptación. • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva. • Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. 		<p>El afrontamiento es siempre, en alguna medida, extraer recursos de la falta de recursos, o sea, sacar fuerzas de flaqueza. Esto no es una paradoja y tiene que ver con el doble momento de la apreciación: un momento que es el del juicio secundario (de reconsideración) en el que vuelve a apreciar la situación y se valoran, sopesan, también los propios recursos para afrontar.</p>		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 03 Conductual.

CLASE: R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.

CÓDIGO: 5400 Potenciación de la autoestima.

ACTIVIDADES.

- Animar al paciente e identificar sus virtudes.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
- Animar al paciente a que acepte sus nuevos desafíos.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.

FUNDAMENTACIÓN.

La autoestima se forma como resultado del proceso de satisfacción de las necesidades humanas (carenciales y del desarrollo), a través de la vida. Así, la autoestima mejora cuando se satisfacen y se empeora cuando se frustran.

La autoestima se potencia al sentirse bien consigo mismas, ante los retos y los desafíos que se nos presentan, en las elecciones que hacemos y en las acciones que emprendemos.

Probablemente una de las mejores estrategias para mejorar la autoestima es ser íntegro con uno mismo sin traicionar los valores que rigen nuestra mente y nuestra conducta. Como dice Branden, si se traicionan los valores la autoestima es una víctima inevitable.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 04 Actividad/reposo. CLASE: 05 Autocuidado. CÓDIGO: 00109 Déficit de autocuidado: vestido relacionado con disminución en la motivación manifestada por deterioro de la capacidad para mantener su aspecto.	DOMINIO: 01 Salud funcional. CLASE: D Autocuidado. CÓDIGO: 0302 Autocuidado: vestir.	030201 Escoge ropa.	4	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: F Facilitación de los autocuidados. CÓDIGO: 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar. • Proporcionar las prendas personales. 		Las prendas de vestir indican la pertenencia a un grupo, a una ideología o a un status social, pueden convertirse en un elemento de comunicación por la atracción que suscita entre los individuos. La satisfacción de esta necesidad por tanto, iría desde la concordancia con el clima a la coherencia con su patrón cultural o con su aspecto físico, además de permitirle asegurar el bienestar y proteger la intimidad sexual de los individuos,		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 01 Promoción de la salud. CLASE: 01 Toma de la conciencia de la salud. CÓDIGO: 00097 Déficit de actividades recreativas relacionado con actividad recreativa insuficiente manifestado por los pasatiempos habituales no pueden realizarse en el entorno actual.	DOMINIO: 03 Salud psicosocial. CLASE: P Interacción social. CÓDIGO: 1503 Implicación social.	150307 Participación en organización de actividades.	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 03 Conductual. CLASE: Q Potenciación de la comunicación. CÓDIGO: 5100 Potenciación de la socialización.				
ACTIVIDADES.			FUNDAMENTACIÓN.	
<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a desarrollar relaciones. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Responder a la mejora del cuidado de aspecto personal y demás actividades. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Proporcionar retroalimentación sobre el cuidado del aspecto personal y demás actividades. • Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. 			La socialización exige, por tanto, adoptar unos patrones sociales determinados como propios, con el objetivo de conseguir la necesaria autorregulación que nos permita una cierta independencia la hora de adaptarnos a las expectativas de la sociedad.	

7.6 Diagnósticos Potenciales.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Desviación del rango normal; 2. Desviación sustancial del rango normal; 3. Desviación moderada del rango normal; 4. Desviación leve del rango normal; 5. Sin desviación del rango normal.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 02 Nutrición. CLASE: 04 Metabolismo. CÓDIGO: 00179 Riesgo de nivel de glicemia inestable relacionado con aumento de peso, la actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad	DOMINIO: 02 Salud Fisiológica. CLASE: A Respuesta terapéutica. CÓDIGO: 2300 Nivel de glucemia.	230001 Concentración sanguínea de glucosa.	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: D Apoyo nutricional. CÓDIGO: 2120 Manejo de la hiperglucemia				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la glucemia si está indicado • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea • Potenciar la ingesta oral de líquidos • Identificar las causas posibles de la hiperglucemia. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y ejercicios 		La base para el tratamiento para pacientes con prediabetes y diabetes y consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física apoyado en un programa estructurado de educación terapéutica.		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Gravemente comprometido; 2. Sustancialmente comprometido; 3. Moderadamente comprometido; 4. Levemente comprometido; 5. No comprometido.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 04 Actividad/reposo CLASE: 04 Respuestas cardiovasculares/pulmonares. CÓDIGO: 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad relacionado con mala condición física.	DOMINIO: 01 Salud funcional. CLASE: A Mantenimiento de la energía. CÓDIGO: 0005 Tolerancia a la actividad.	000511 Tolerancia a subir escaleras.	3	4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: A Control de actividad y ejercicio. CÓDIGO: 0201 Fomento del ejercicio: estiramientos				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a desarrollar metas realistas a corto y largo plazo en función del nivel de forma física y el estilo de vida actuales. • Ayudar a desarrollar un programa de de ejercicios coherente con la edad, estado físico, metas, motivación y estilo de vida • Especificar el tipo y la duración de la actividad, calentamiento y enfriamiento. • Ayudar a fijar realistas a corto y largo plazo y dominio de ejercicios. 		Los ejercicios de extensión mantienen a los músculos sanos, la flexibilidad, fuerza muscular, fuerza de tendones y ligamentos todos mejoran. Mantiene los huesos sanos, es importante para la prevención de osteoporosis.		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.
CLASE: A Control de actividad y ejercicio.
CÓDIGO: 5612 Enseñar: actividad/ejercicio prescrito.

ACTIVIDADES.

- Informar al paciente el propósito y los beneficios de la actividad ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente como controlarla tolerancia a la actividad/ejercicio.
- Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad.
- Enseñar al paciente una buena postura a la mecánica corporal.

FUNDAMENTACIÓN.

La actividad física es cualquier movimiento corporal producido por el músculo esquelético y que resulta en un incremento sustancial del gasto energético. La personas con un estilo de vida activo y en buena condición física metaboliza más grasa y la práctica de ejercicio de intensidad moderado incrementa la capacidad de usar la grasa corporal acumulada, lo que se vuelve considerable el hábito del ejercicio se mantiene a lo largo del tiempo.

7.7 Diagnósticos De Bienestar.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Ningún conocimiento; 2. Conocimiento escaso; 3. Conocimiento moderado; 4. Conocimiento sustancial; 5. Conocimiento extenso.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 01 Promoción de la salud. CLASE: 02 Gestión de la salud. CÓDIGO: 00163 Disposición para mejorar la nutrición manifestado por expresa deseo de mejorar la nutrición.	DOMINIO: 04 Conocimiento y conducta en salud. CLASE: S Conocimiento sobre salud. CÓDIGO: 1802 Conocimiento: dieta.	180203 Ventajas de seguir la dieta. 180204 Objetivo de la dieta. 180212 Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios.	2 2 2	3 3 3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 01 Fisiológico: Básico. CLASE: D A poyo nutricional. CÓDIGO: 5246 Asesoramiento nutricional.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en respeto. Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio de un estado nutricional. Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente y de la dieta prescrita. 		Es un proceso de apoyo para establecer prioridades y metas y crear planes de acción individualizados que reconocen y fomentan la responsabilidad del auto-cuidado. Los dietistas se ocupan a menudo del asesoramiento conductual relacionado con la nutrición, para facilitar el cambio de comportamiento. Para ser eficaces, los dietistas deberán tener conocimientos sobre la nutrición y las ciencias de la alimentación, la cocina étnicas y las cocinas regionales.		

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.
CLASE: D Apoyo nutricional.
CÓDIGO: 5614 Enseñanza: dieta prescrita.

ACTIVIDADES.

- Enseñar al paciente nombre correcto de la dieta prescrita.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Informar al paciente del tiempo durante el que debe seguir la dieta.
- Ayudar al paciente acomodar a sus preferencias de comida en la dieta
- Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos.
- Incluir a la familia

FUNDAMENTACIÓN.

Llevar una alimentación equilibrada no es ingerir mucha comida, ya que es tan importante la cantidad como la calidad de la misma. La variación es lo idóneo desde el punto de vista del bienestar, permitiéndonos esto disfrutar, además, de la riqueza. El plato del buen comer procura la elaboración de los menús de manera que, durante una semana, se hayan elegido alimentos pertenecientes a todos los sectores del plato.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.

CAMPO: 01 Fisiológico: Básico.
CLASE: D Apoyo nutricional.
CÓDIGO: 1100 Manejo de la nutrición.

ACTIVIDADES.

- Determinar las preferencias de comida del paciente.
- Fomenta de ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Proporcionar un sustituto del azúcar, cuando resulte oportuno.
- Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.
- Pesar al paciente en intervalos.

FUNDAMENTACIÓN.

Inicialmente el paciente es evaluado nutrimentalmente, es decir a partir de la medición de indicadores de factores directos o indirectos alimentarios y/o nutricios, se identifica la presencia, naturaleza, aumento o disminución del estado nutricio y a partir de eso se obtiene la información que se requiere para la intervención, planeación y cuidado nutricios. A través de una intervención nutrimental, representada por la acción tomada para disminuir el riesgo o tratar un inadecuado estado nutricio, se planea proveer al paciente de una orientación alimentaria. Esta se lleva a cabo a través de acciones que proporcionan información básica, científicamente válida y sistematizada, sobre las características de alimentación y los alimentos, para favorecer una alimentación correcta a nivel individual.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
MANTENER.			AUMENTAR.	
DOMINIO: 04 Actividad/reposo. CLASE: 05 Autocuidado. CÓDIGO: 00182 Disposición para mejorar el autocuidado manifestado por expresa deseos de aumentar el autocuidado.	DOMINIO: 04 Conocimiento conducta de salud. CLASE: Q Conducta de salud. CÓDIGO: 1603 Conducta de búsqueda de la salud.	160303 Realiza auto detección. 160306 Describe estrategias para eliminar la conducta insana.	3 3	4 4
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 03 Conceptual. CLASE: S Educación de los pacientes. CÓDIGO: 5510 Educación para la salud				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir, la motivación para seguir conductas saludables. Formular los objetivos del programa de educación sanitaria. Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de la lectura adecuada a la audiencia. Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan a la salud 		<p>La acción educativa debe ir dirigida a la promoción de las conductas que fomentan la salud y a la modificación de los estilos de vida o factores conductuales de enfermedad, así como promover las conductas relacionadas con la detección precoz de la enfermedad. En las personas enfermas, la educación sanitaria es esencial la participación activa del paciente en el control de su enfermedad y su adhesión al régimen terapéutico prescrito por el médico, la enfermera.</p>		

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA. NANDA.	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS NOC.			
	ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Nunca demostrado; 2. Raramente demostrado; 3. A veces demostrado; 4. Frecuentemente demostrado; 5. Siempre demostrado.			
	RESULTADOS.	INDICADORES.	PUNTUACIÓN DIANA	
			MANTENER.	AUMENTAR.
DOMINIO: 05 Percepción/cognición CLASE: 04 Cognición. CÓDIGO: 00161 Disposición para mejorar los conocimientos manifestado por expresa deseo de mejorar el aprendizaje.	DOMINIO: 04 Conocimiento y conducta de salud. CLASE: Q Conducta de salud CÓDIGO: 1603 Conducta de búsqueda de la salud.	160306 Describe estrategias para eliminar la conducta poco saludable	2	3
		160314 Realiza la conducta sanitaria por iniciativa propia.	2	3
		160316 Busca ayuda cuando es necesario	2	3
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NIC.				
CAMPO: 03 Conductual. CLASE: S Educación de los pacientes. CÓDIGO: 5606 Enseñanza Individual.				
ACTIVIDADES.		FUNDAMENTACIÓN.		
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de confianza • Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. • Valorar el nivel educativo del paciente. • Determinar la motivación del paciente para asimilar la información específica. • Seleccionar los métodos y estrategias adecuadas al paciente. • Seleccionar los materiales educativos adecuados. 		La enseñanza individualizada permite que cada aprendiente trabaje para la consecución de los objetivos propuestos según su propio ritmo y posibilidades. Por lo tanto, el proceso de enseñanza corresponde a las condiciones de aprendizaje del individuo.		

VIII. CONCLUSIÓN.

La Obesidad es un exceso de grasa que se va acumulando en el cuerpo cuando hay un aumento en la ingesta de azúcares, grasas y proteínas, así como también una vida sedentaria incrementa el riesgo de padecer obesidad por lo tanto es un problema de salud pública que se encuentra asociado con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Por lo que representan la principal causa de muerte en nuestro país.

Con base a lo anterior se elaboró el presente Proceso de Atención Enfermería, tomando como referencia el Modelo de Atención de Virginia Henderson (Definición de la Enfermería Clínica) el cual nos deja información relevante como profesionales de enfermería, para fortalecer el conocimiento disciplinar, y otorgar una atención de calidad y con autonomía y visibilidad del cuidado de enfermería.

Además de reflexionar e identificar de manera oportuna, cuáles son los principales factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de este padecimiento y cuáles son las principales complicaciones que pueden presentar la persona que padece esta enfermedad si no se trata a tiempo o mejoran sus estilos de vida.

Se diseñó un Plan de Cuidados de manera conjunta con una persona en su domicilio cuya etapa de desarrollo se encontraba en (adultez media) para poder definir las intervenciones basadas en un criterio y con conocimiento clínico para mejorar los resultados de la paciente.

Trabajo de suma importancia para darle a conocer a la paciente toda la información necesaria sobre el padecimiento, las complicaciones que esta trae a largo plazo y sobre todo para tomar medidas de manera oportuna para mejorar su salud, así como también aumentar la calidad de vida.

Se diseñó un tríptico con información de lo que es el plato del bien comer, así como la jarra del buen beber, retomados de la **Norma Oficial Mexicana NOM 043**

SSA2 2012 Servicios básicos de salud, Promoción y Educación para la salud en materia alimentaria, para orientar a la paciente sobre la importancia de mejorar la dieta y el consumo de líquidos.

Se estableció un plan de actividad física, que le permitió a la persona realizarlos sin ningún problema con satisfacción, realizando caminatas diarias que se iniciaron con un tiempo de mínimo de 30 minutos, hasta conseguir aguantar una caminata por más de 60 minutos diarios sin alterar su estado de salud, se le recomienda seguir con ese régimen de ejercicio y si es posible aumentar la actividad física diaria o la realización de diversos ejercicios que le hagan mantener su condición física y que no ponga en riesgo su vida.

Como resultado final tenemos un avance mínimo y una pérdida de peso quedando en 85Kg; esto le ayudó a mejorar el estilo y sobre todo la calidad de vida, haciendo que su autocuidado vaya en aumento para que de esta manera los factores de riesgo disminuyan, favorecer su autoestima y mejorar su estado de salud.

IX BIBLIOGRAFÍA.

- ✓ Amancio O., Ortigoza L., Durante I., Obesidad; Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina (internet); 10 de Octubre del 2016 (consulta); disponible http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html.
- ✓ Barrera A., Ávila L., Cano E.; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad (internet); 13 de Octubre del 2016 (consulta); (5); disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>.
- ✓ Brines A. J.; Narrativa de enfermería: visión de patrones de conocimiento en una entrevista en el hogar; Patrones del conocimiento en la narrativa (internet); 02 de Noviembre del 2016 (consulta); 7 pág.; disponible http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen9/017-articulo15.pdf
- ✓ Burgos M. M. Paravic T. K. Enfermería como profesión (internet); 05 de Noviembre del 2016 (consulta); disponible http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf101_209.htm
- ✓ Cano E., Meoño E., Mendoza L., et al; Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la Obesidad (internet); 10 de Octubre del 2016 (consulta); 1; 13; 82; disponible http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAulto/IMSS_046_08_EyR.pdf
- ✓ Cárdenas Becerril, Beatriz Arana Gómez, Araceli Monroy Rojas; Cuidado profesional de enfermería; Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería, A.C. (FEMAFEE); 183 (85-86); 03/01/2017.
- ✓ Cárdenas Jiménez Margarita, Zárate Grajales Rosales; Construcción disciplinar de enfermería ENEO-UNAM; 34(24), 1-34.

- ✓ Caval V. E.; Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería No. 6 Vol. 6 (internet) 20 de Enero del 2017 (consulta); disponible http://issuu.com/universidadelbosque/docs/rev_enfermeria_vol6_a6
- ✓ Colegio de profesionales de la Enfermería de Puerto Rico; Código de ética (internet); 05 de Noviembre del 2016 (consulta); disponible <http://cpepr.org/sobre-nosotros/codigo-de-etica>
- ✓ Colliere Francois M., Disquisiciones sobre la naturaleza de los cuidados de enfermería; 05 de Noviembre del 2016 (consulta); 233-240 pàg.
- ✓ Consejo de Salubridad General; Secretaria de Salud; et al.; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-008-SSA3-2010, PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD. (internet); 10 de Octubre del 2016 (consulta); disponible http://www.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
- ✓ Diccionario Real Academia Española de la Lengua, 22 3d. Madrid: Editorial Espasa Calpe; 2001.
- ✓ Durán Fontes L. R.; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM- 019-SSA3-2013, Para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud; Diario Oficial de la Federación (internet); 08 de Febrero del 2017 (consulta); disponible http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5312523&fecha=0209/2013
- ✓ Francoise M.; Encontrar el sentido original del cuidado (internet); 05 de Noviembre del 2017 (consulta); 20 (10-12) pág.
- ✓ González M. J.; EL PROCESO DE ENFERMERÍA Y EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON; Perfil del profesional de enfermería; 2^{da} Edición; Editorial: Progreso; 2004.
- ✓ Gracia Martín C.; Caro María Luisa Martínez Martín; Historia de la Enfermería Evolución histórica del Cuidado Enfermero; Harcourt; 213 (15); 03 de Enero del 2017 (consulta).

- ✓ Hernández Martí Cristina, Frutos Martín Manuel; El Modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera (internet); 05 de Noviembre del 2016; disponible <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17711/1/TFG-H439.pdf>
- ✓ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Los Beneficios de la Jarra del Buen Beber (internet); 31 de Octubre del 2016 (consulta); disponible <http://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber?idiom=es>
- ✓ Instituto Médico Europeo de la Obesidad (internet); 10 de Octubre del 2016 (consulta); disponible <http://stopalaobesidad.com/tag/asociacion-internacional-de-estudio-de-la-obesidad-iaso/>
- ✓ Ayer P. W., T. B. J., L. B. D., PROCESO Y DIAGNÒSTICO DE ENFERMERÌA; 1997; 12.
- ✓ Kauffer M., Loredana H., Ávila H.; Obesidad en el Adulto (internet); 14 de Octubre del 2016 (consulta); p. 29; disponible http://www.rua.unam.mx/repo_rua/temas_trnasversales_de_interes_general/600_tecnologia_ciencias_aplicadas/610_ciencias_medicas_medicina/6009.pdf
- ✓ López L., Duran, Kuri P., et al; Problemática Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (internet); 10 de Octubre del 2016 (consulta); 1; 14:17; 105; disponible http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada_pdf
- ✓ Marriner T. A.; Modelos y teorías en enfermería; ed. 6^{ta} Ed. Elsevier Mosby España 2007.
- ✓ Obesidad (internet); 12 de Octubre del 2016 (consulta); disponible <http://laobesidad.org.es/tipos-obesidad>
- ✓ OMS; Obesidad y Sobrepeso. OMS (internet); 10 de Octubre del 2016 (consulta) disponible <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- ✓ ONU; Enfermería (internet); 05 de Noviembre del 2016 (consulta); disponible <http://www.who.int/topics/nursing/es/>

- ✓ Orrego S. Silvia; Métodos de trabajo en el quehacer del profesional de enfermería: reflexiones acerca del proceso. (internet); 05 de Noviembre del 2016 (consulta); 6(2) pág.; disponible http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/4793/1/OrregoSilvia_1999_MetodosTrabajosEnfermeriaReflexiones.pdf
- ✓ Papalia D. E.; Desarrollo Humano; Edición Duodécima; Editorial Mc. Graw Hill; Consulta 24 de Mayo del 2017; Pág. 480- 500.
- ✓ P. Miguel, Niño A., et al; Consecuencia de la obesidad; SCIELO (internet); 14 de Octubre del 2016 (consulta); vol. 20; n.4; disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009001000006
- ✓ Rivera J., Hernández M., Aguilar C., et al; Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado.; Consecuencias de la Obesidad.; Primera Edición; México: UNAM; 2014; P.536.
- ✓ Salazar Hernández Imelda; Proceso de Atención Enfermería (internet); 05 de Noviembre del 2016 (consulta); disponible <http://www.eneo.unam.mx/publicaciones/publicacionesoct2013/Proceso%20atencion%20en%20Enfermeria.pdf>
- ✓ Secretaria de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, et al; NORMA OFICIALMEXICANA NOM-043-SSA2-2012, Servicios Básicos de Salud, Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria, Criterios para brindar Orientación; Definiciones (internet; 31 de Octubre del 2016 (consulta); disponible http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013
- ✓ Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Teorías y Modelos; Elementos de Epistemología en Enfermería (internet); 02 de Noviembre del 2016 (consulta); 12 pág.; disponible http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Teorias_modelos/Unidad%201/Elementos.pdf

- ✓ Yakult; Plato del Bien comer (internet); 31 de Octubre del 2016 (consulta); disponible
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/6_1_plato_bien_comer.pdf
- ✓ Zarate A., Basurto L., Saucedo R.; La obesidad: Conceptos Actuales sobre Patogenias y Tratamiento; Unidad de Investigación Médica en Enfermedades endocrinas Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional (internet); 11 de Octubre del 2016 (consulta); vol. 1; (66-67) 5 pago.; disponible <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2001/un012f.pdf>

NIVELES DE LA JARRA.

Nivel 3: Café y té sin azúcar. Se pueden tomar 4 tazas (250 ml por taza) al día. El té provee micronutrientes como fluoruro, aminoácidos y vitaminas.



Nivel 4: Bebidas no calóricas con edulcorantes artificiales. Son refrescos de dieta, agua con vitaminas, bebidas energizantes y otras con base en café o té. Se aconsejan 0 a 500 ml por día (0 a 2 vasos). Se recomienda su consumo esporádico.



NIVELES DE LA JARRA.

Nivel 5: Bebidas con alto valor calórico y beneficios en salud limitados. Se trata de jugos de fruta, leche entera y bebidas alcohólicas o deportivas; se recomienda de 0 a 1/2 vaso (125 ml) por su aporte de calorías. Se recomienda no ingerirlas.



Nivel 6: Bebidas con azúcar y bajo contenido de nutrientes. Incluyen refrescos y bebidas con azúcar adicionada (jugos, aguas de sabor y café). Su consumo se asocia con caries dental y obesidad. Se recomienda no ingerirlas.



JARRA DEL BUEN BEBER.



La jarra del buen beber es una guía informativa que muestra cuáles son las bebidas saludables y la cantidad de líquidos que se recomiendan consumir al día.

Te hará analizar que las bebidas que ingieres diariamente, algunas son dañinas para tu organismo.



BENEFICIOS.

La adecuada hidratación del cuerpo ayuda a una buena salud, para mantenerse hidratado correctamente, no sólo se debe controlar la cantidad de líquido que se toma, sino también la calidad.

- Mantener la temperatura del cuerpo.
- Cubrir las articulaciones y permitir el movimiento.
- Obtener minerales esenciales en el cuerpo.
- Mantener la piel sana e hidratada.
- Ayudar a eliminar los desechos corporales.
- Tener una buena digestión.
- Prevenir estreñimiento.

NIVELES DE LA JARRA.

Nivel 1: Agua potable natural. Es la bebida más adecuada para cubrir las necesidades diarias de líquidos. Se debe consumir mínimo 8 vasos de agua natural al día.



Nivel 2: Leche semidescremada, descremada y bebidas de olla sin azúcar adicionada. Aportan calcio, vitamina D y proteína de alta calidad; se recomienda beber máximo 2 vasos al día. Se debe preferir sobre la leche entera y bebidas con azúcar agregada.



Recomendaciones para integrar una alimentación correcta.

- Incluye al menos un alimento de cada grupo en cada una de las tres comidas diarias.
- Come la mayor variedad posible de alimentos.
- Modera el consumo de grasas, azúcar y sal.
- Prefiere a los aceites para cocinar.
- Combina cereales con leguminosas.
- Lava y desinfecta las verduras y frutas antes de consumirlas o cocinarlas-.
- Come cinco veces al día, tres comidas y dos refrigerios, uno a medio día y otro a media tarde.
- Mantén en lo posible los horarios de comidas.
- Hidrátate, toma por lo menos ocho vasos de líquido al día, de preferencia agua potable.
- Realiza por lo menos treinta minutos de actividad física durante el día, por ejemplo: caminar, bailar, pasear al perro, subir y bajar escaleras, barrer, etc.

EJEMPLO DE MENÚ:

Desayuno:

Cereal	2do. Grupo.
Fruta	1er Grupo.
Leche	3er Grupo.

Colación: Manzana 1er Grupo.

Comida:

Arroz pasta	2do Grupo.
Carne asada	3er Grupo.
Ensalada de verduras	1er Grupo.
Fruta	1er Grupo.

Colación: Ensalada de chayote 1er Grupo.

Cena:

Huevo a la mexicana	1er Grupo.
Frijoles de la olla	3er Grupo.
Fruta	1er Grupo.
Café con leche	3er Grupo.
Pan o tortilla	2do Grupo.

PLATO DEL BIEN COMER.



El plato del bien comer es muy especial, fue diseñado para los mexicanos de acuerdo con nuestras características y necesidades.

Es una guía para lograr una alimentación correcta. A los adultos nos ayuda a prevenir la obesidad, la hipertensión, ciertos tipos de cáncer y enfermedades del corazón.

ALIMENTOS DE EL PLATO DEL BIEN COMER MAYA

FRUTOS		CEREALES Y TUBERCULOS		A.O.A. SEMILLAS Y LEGUMINOSAS	
Guayaba	Uva	Arroz	Maíz	Arroz	Arroz
Zapote	Melón	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Chalchote	Manzana	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Papa	Uva	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Vidua	"Cajón"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Guayaba	"Guayaba"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Naranja	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Mango	Wajon/Wajon	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Mango	"Mango"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Cajón	"Cajón"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Sandía	"Pal'at"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Zanahoria	"Zanahoria"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Papa	"Papa"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Cajón	"Cajón"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Uva	"Uva"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Limon	"Limon"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Cajón	"Cajón"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Cajón	"Cajón"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote
Cajón	"Cajón"	Chalchote	Chalchote	Chalchote	Chalchote

* Las palabras que están escritas entre comillas no tienen traducción al idioma maya, se son la forma en la que se pronuncian.



El Plato del Bien Comer representa los siguientes tres grupos de alimentos.

Verduras y frutas: Son fuente de vitaminas, minerales y fibra que ayudan al buen funcionamiento del cuerpo humano, permitiendo un adecuado crecimiento, desarrollo y estado de salud.



Cereales y tubérculos: Son fuente principal de la energía que el organismo utiliza para realizar sus actividades diarias, como: correr, trabajar, jugar, estudiar, bailar, etc., también son fuente importante de fibra cuando se consumen enteros.



Leguminosas y alimentos de origen animal: Proporcionan principalmente proteínas que son necesarias para el crecimiento y desarrollo de los niños, para la formación y reparación de tejidos.



La alimentación correcta debe ser.

Completa: Que incluya por lo menos un alimento de cada grupo en cada desayuno, comida y cena.

Equilibrada: Que los nutrimentos guarden las proporciones, entre sí al integrar en el desayuno, comida y cena alimentos de los tres grupos.

Suficiente: Para cubrir las necesidades nutricionales de cada persona de acuerdo a edad, sexo, estatura, actividad física o estado fisiológico.

Variada: Que incluya diferentes alimentos de los tres grupos en cada tiempo de comida.

Higiénica: Que se preparen, sirvan y consuman con limpieza.

Adecuada: A los gustos, costumbres y disponibilidad de los mismos.