

**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

**DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL ASOCIADO A LA INGESTA
CALÓRICA SUPERIOR A LAS NECESIDADES METABÓLICAS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

IXHEL IRENE PEREZ ARVIZU

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. YOLANDA MARTÍNEZ PAREDES

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



SECRETARÍA DE SALUD

**Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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: Desequilibrio Nutricional Asociado a la Ingesta Calórica Superior a las Necesidades Metabólicas

Elaborado por:

1.	<u>Pérez</u>	<u>Arvizu</u>	<u>Ixhel Irene</u>	Núm. de cuenta:	<u>411513393</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre		Núm. de cuenta

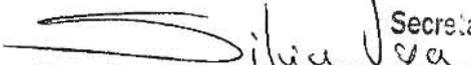
Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 18 de octubre 2017

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Yolanda Martínez Paredes

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Dirección de Enfermería
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

INDICE

	Pág.
I.INTRODUCCIÓN	
II.JUSTIFICACIÓN	
III.OBJETIVOS	
3.1 GENERAL	
3.2 ESPECIFICO	
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR.	7
4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.	9
4.2.1 CONCEPTO.....	11
4.2.2 ANTECEDENTES.....	12
4.2.3 TIPOS DE CUIDADO.....	17
4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	18
4.3.1 CONCEPTO, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN.	21
4.3.2 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO DE ENFERMERÍA ...	23
4.3.3 TEORÍA DE VIRGÍNEA HENDERSON.....	24
4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA SANA O ENFERMA.	26
4.4.1 CONCEPTO.....	27
4.4.2 OBJETIVO.	28
4.4.3 DESCRIPCIÓN DE ETAPAS.....	29
4.5 LA PERSONA.	56
4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.	58
4.5.2 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES.	64
4.5.2 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO.....	70
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	132
5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.	132
VI. CONCLUSIÓN.....	154
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	156

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica definida por la OMS como una situación en la que un exceso de tejido graso perjudica la salud y aumenta la mortalidad. La magnitud de su prevalencia e incremento en todo el mundo justifica la calificación de auténtica epidemia. Dentro de los problemas de salud contemporáneos la obesidad es uno de los problemas que hace evidente los estilos de vida de la población entre ellos la nutrición, influenciada por múltiples factores que van a condicionar que el individuo mantenga una relación inconsciente sobre su alimentación condicionada por la influencia de la comunicación de la mercadotecnia, de las relaciones sociales y de su educación.¹ La organización mundial de la salud menciona que la obesidad se ha vuelto un problema de salud pública que se ha calificado como la epidemia del siglo, a la que ha destinado una gran cantidad de recursos económicos y humanos para su manejo, control y prevención. En el presente Proceso Atención Enfermería se revisa la causa fundamental, factores de riesgo, y los distintos problemas de salud que se asocian a esta enfermedad que son comunes pero que a menudo son causadas por hábitos que se pueden eliminar como la hipertensión, diabetes, trastornos cardiovasculares, pulmonares y renales por mencionar algunos, iniciando estos hábitos en las poblaciones infantiles y adolescentes.

Identificar el papel que juega el profesional de enfermería promoviendo la salud y prevención, utilizando un enfoque holístico y teniendo como base el paradigma de transformación que vea al paciente en todos los aspectos biopsicosociales, llevando a enfermería a utilizar su herramienta esencial indispensable que es el Proceso Atención Enfermería (PAE) dirigido a combatir la obesidad y el sobrepeso en un paciente adolescente donde se pueda hacer efectiva la intervención de enfermería

¹ OMS. OMS, Sobrepeso y Obesidad. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 20. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.

de acuerdo a necesidades afectadas y estableciendo un esquema que permita el control para otros individuos en esta misma condición.

En este Proceso Atención Enfermería (PAE) se hablara del problema de obesidad en un adolescente de 11 años de edad utilizando el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson que ha resultado ser la forma más efectiva de cubrir y detectar completamente las necesidades de la persona, familia y comunidad sana o enferma, también se utilizara el proceso enfermero que se basa en el método científico permitiendo tratar al individuo como un todo, enfocado específicamente a él y no solo a su enfermedad. Esta metodología podemos desarrollar un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas de forma estructurada, lógica y sistematizada utilizando los pasos de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

En México son escasos los planes de cuidado en este grupo de edad y enfermedad formando una necesidad preponderante en nuestro país, resultando entonces fundamental elaborar planes que permitan implementar estrategias del Programa Nacional de Salud.

II. JUSTIFICACIÓN.

La obesidad amenaza cada vez más la salud de un mayor número de personas, se ha convertido en un factor determinante en la aparición de numerosas enfermedades, incrementando con ello la prevalencia y los índices de mortalidad de la población adulta, iniciando en edades tempranas de la vida asociándose a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta, a su vez los niños con sobrepeso u obesidad tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la adultez y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles. Numerosos informes señalan que la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes se ha incrementado notablemente en las últimas décadas. Se describe que los niños y adolescentes con obesidad van a presentar alteraciones y complicaciones hasta en un 30% en sus perfiles séricos de lípidos y dislipidemias correlacionado también en indicadores tempranos de riesgo cardiovascular o diferentes variedades de síndrome metabólico,² se precisa evaluar riesgos en los adolescentes para implementar estrategias eficientes que permitan fortalecer la cultura de la salud, así como potenciar el autocuidado siendo para ello necesario involucrar al individuo, la familia y sector social por lo que enfermería debe difundir promover e informar factores de riesgo y conductas de hábitos de vida y autonomía del individuo.

El presente trabajo tiene la finalidad de establecer una base para la prestación de cuidados globales de enfermería con base a la teoría de Virginia Henderson mediante el método sistemático que utiliza el profesional de enfermería para planificar y administrar asistencia en el adolescente obeso, aplicando la teoría de enfermería, para organizar y guiar la práctica real con la integración de cada una de sus 5 facetas de la elaboración del proceso, detectando los factores para el desarrollo de la condición, promoviendo la salud cuyo objetivo es motivar al

² CENETEC. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. [Online].; 2012 [cited 2017 Febrero 28]. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EvR.pdf.

adolescente y a sus padres a adquirir hábitos de vida saludables y a mantenerlos en un tiempo considerable para prevenir las posibles complicaciones. Los cambios alimenticios y las nuevas formas sedentarias son los principales desencadenantes del aumento de la obesidad, por ello se incide en la buena alimentación informando de los beneficios que con lleva, instruir a los padres a un estilo de vida saludable implementándolo con sus hijos, dando atención a las personas entregándole herramientas para su auto cuidado, haciéndolos parte del proceso de prevención de esta enfermedad y promoción de cuidados.

III. OBJETIVO.

3.1 GENERAL.

Aplicar el Proceso Atención Enfermería (PAE) en base a la teoría de Virginia Henderson en un adolescente obeso de manera ordenada y sistematizada, proporcionando cuidados de enfermería individualizados, con la finalidad de mejorar su salud y llevarlo a la independencia de forma integral y holística.

3.2 ESPECIFICO.

- Valorar a un adolescente con obesidad a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson.
- Establecer diagnósticos de enfermería primordiales en un paciente adolescente con obesidad.
- Diseñar un plan de cuidados que satisfaga las necesidades alteradas de la persona
- Establecer intervenciones individualizadas que mejoren el estado de salud de la persona y su independencia

VI. MARCO TEÓRICO.

4.1 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN DISCIPLINAR.

A pesar de los años la enfermería ha ido evolucionando gracias al esfuerzo sistemático y organizado de los miembros de la profesión (colegios, asociaciones, enfermeras, instituciones educativas y de salud) yendo a la par con las necesidades sociales modificando su currículo, el plan de estudios, su propia concepción del trabajo y estatus profesional.

La enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población. La teoría apoya y sustenta la práctica de enfermería, orienta a realizar las actividades con fundamento, permitiéndonos tomar buenas decisiones en situaciones complejas. Utilizarla permite razonar respecto a nuestro quehacer y no hacer las cosas de una manera mecánica e impulsiva.

La enfermería actual y del futuro demanda un nuevo enfoque que le permita adaptarse a los avances científicos otorgando una práctica clínica humanizada. Este proceso requiere la asociación entre las actividades académicas de enfermería y la práctica clínica, replanteando la construcción de marcos conceptuales y teóricos cuyos lineamientos deben enfatizar en la familia y colectividad, donde la relación salud, enfermedad, contexto, desarrollo humano y participación social se conviertan en pilares fundamentales, dado que las raíces filosóficas cuya representante, en el siglo XIX Florence Nightingale y escuelas de pensamiento como son la de las necesidades Virginia Henderson), el autocuidado (Orem) entre otras de ésta profesión y su carácter social han mantenido como principios fundamentales

aspectos tales como la reafirmación de la integridad del ser humano, y el proceso de cuidar como algo significativo y humanitario que contribuye a la preservación del hombre, no sólo por las transacciones humano–humano, sino por los requerimientos de conocimiento, compromiso moral, social y personal de la enfermería en el contexto y el espacio.

La identidad profesional lo da el enfoque humanístico que imprime al cuidado que presta a la salud de los seres humanos. Hay acuerdo sobre los cuatro conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería en lo disciplinar y lo profesional.

- HOMBRE (persona: paciente y enfermera/o)
- CONTEXTO (ambiente: del paciente y de la enfermera/o)
- SALUD (vida, acción, intervención terapéutica de enfermería)

Para poder actuar con discernimiento, con criterio profesional, necesitamos una fuerte argumentación conceptual, trabajar sobre nuestro objeto epistémico, profundizar en las tres dimensiones cuya comprensión es esencial para el estudio de nuestra identidad:

- El ser, que se refiere a el *ehtos*, a su indagación filosófica, al humanismo;
- El saber, que tiene que ver con la claridad teórica y metodológica, con el conocer
- El hacer o quehacer, que se relaciona con el ejercicio profesional y que tiene su origen en la prestación de un servicio a la población.

Dentro de estas cuestiones, un aspecto a considerar es la confusión que se ha tenido entre disciplina profesional y práctica profesional. La práctica soluciona problemas del aquí y el ahora del individuo al que atiende, mientras que la disciplina entrelaza el pasado, el presente y el futuro. ³

³ Mendoza, Ibarra, Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros, Cultura de los cuidados.2006, Vol.20 N° 10

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO.

Cuidar es la esencia de la enfermería, implica una relación profunda y consciente entre el cuidador y el cuidado. El cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras profesiones (actitudes; vivencia única).

“La calidad del cuidado de enfermería y de la salud demanda hoy en día”

Hoy en día el respeto por la integridad funcional de los seres humanos, por lo tanto, el fenómeno salud-enfermedad debe entenderse partiendo de una amplia base conceptual. El valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto del espíritu del ser. Cuidar llama a un compromiso filosófico o moral hacia la protección de la dignidad humana y conservación de la humanidad.

El cuidado ocupa un lugar central y fundamental en el discurso de la enfermería (Gaut, 1983, Lehninger, 1978). Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto del conocimiento de la enfermería y criterio fundamental para distinguirla del campo de la salud. La mayoría de ideas y fundamentos para articular y sistematizar de forma conceptual la noción del cuidado, se ha extraído del campo de la filosofía y psicología existencial, humanista y personalista. La enfermería es un cuerpo de conocimientos teórico-práctico que se caracteriza por poseer un objeto de estudio o de conocimiento, que le permite delimitar un campo de estudio que lo define o caracteriza, de tal forma que quienes conforman la comunidad científica compartan ese mismo objeto de estudio y un lenguaje común; es así como en la actualidad es aceptado de manera universal que el cuidado es el objeto de estudio de enfermería. El acto de salvaguardar la integridad física del individuo es el resultado de la naturaleza misma del ser humano, con esto se puede decir que cuidar es un acto inherente en el individuo. El cuidado como objeto de estudio logra una relevancia muy significativa en la sociedad, pues es la misma sociedad la que demanda y justifica la evidencia de este.

La enfermería como disciplina que es debe tener una amplia visión preestablecida relacionada como el cuidado profesional, debiendo reconocer a otros profesionales y el gremio como seres activos y trascendentes, considerando a la persona como un ser holístico, complementando la investigación como un abordaje cualitativo y cuantitativo capaz de retroalimentar la práctica de enfermería basada en el cuidado.

El acto de cuidado es un arte y ciencia que puede transformarse en reflexivo deliberado y autónomo, a través de la disciplina enfermera que integre su práctica de cuidado.⁴



FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

⁴ Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología / Eva Reyes Gómez-Segunda edición-México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, 2015 Pag-66-67.

4.2.1 CONCEPTO.

El término cuidado ha estado presente en el campo de la enfermería desde sus inicios; Florence Nightingale hace mención de él, utilizando para representar la ayuda, que se prestaba a las personas para vivir o sobrevivir en sus ambientes físicos o naturales en relación con la limpieza, el aire no contaminado, el reposo, la buena alimentación y el ejercicio (Meléis, 1985).

Según Colliere (1996) “cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca”. Es evidente que el cuidado implica un acto humano por lo que en la actualidad se habla de cuidado humanizado (Waldow R, 2008), que implica la puesta en práctica de valores como respeto, libertad, solidaridad y amor.⁴



FUENTE: Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología / Eva Reyes Gómez-Segunda edición-México, D.F.: Editorial El Manual Moderno

4.2.2 ANTECEDENTES.

Desde el punto de vista etimológico, el término enfermería se genera a partir del término anglosajón *nurse*, el cual se deriva de la palabra latina *nutrire* (alimentar) y *nutrix* (mujer que cría); pero fue evolucionando conforme al cambio de la dinámica social, hasta la aparición de la palabra enfermería, que es coetánea del término enfermedad, lo que de alguna manera determina que la actividad a cuidar se vea restringida casi de manera exclusiva a la enfermedad (Siles, 1999)

La enfermería ha contado y cuenta con una historia reconocida y fundamentada que constituye un elemento clave e indispensable para comprender la naturaleza como profesión, condición elemental para la generación y desarrollo de su campo de conocimiento, ya que siguiendo a Juana Hernández Conesa (1995), una disciplina debe construirse, entre otros elementos desde su historia y práctica. La historia constituye una pieza clave para la conformación profesional, la interiorización de sus postulados actuales está relacionada con la comprensión de esta actividad a lo largo del tiempo y, por tanto, con la necesidad de investigar en el pasado. Hablar de historia de enfermería es referir historia del cuidado, esto es reconocer a lo largo de los siglos el saber y quehacer de la actividad de cuidar. Asimismo, el contenido se remota a las prácticas cuidadoras siempre ligadas a la conservación de la especie humana.

La actividad de cuidar es tan antigua como el hombre mismo, ya que esta ha sido una condición indispensable para la conservación y preservación de la especie. En este sentido, la significación histórica de los cuidados es tan genuina como la propia existencia del hombre, con tiempos de la larga duración y estructuras profundas y estables. La recuperación del pasado de la profesión (práctica de cuidado) emerge como exigencia prioritaria de profundizar en el entramado de la investigación histórica, así como en sus postulados epistemológicos y metodológicos (Hernández, 1995).

A través de la historia, forma de cuidar, de entender su significado, practicarla y asumir una responsabilidad, ha sido producto de la construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una sociedad tiene alrededor del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido una función muy importante en su evolución, a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al ejercicio del cuidado (García y Martínez, 2001).



La evolución del cuidado a través de la historia está determinada por el cambio y la dinámica de factores políticos, económicos y sociodemográficos de la sociedad en la que se origina, ya que el cuidado en todos los tiempos y en todas las culturas ha representado una actividad indispensable para asegurar la continuidad de la vida, de ahí que tome características u orientaciones diferentes que lo definen y determinan a lo largo de su práctica. El origen del cuidado es inherente a la aparición del hombre, este constituye una garantía insustituible en el desarrollo y evolución de la especie humana y de la sociedad en su conjunto. El cuidado en la época primitiva y prehispánica tiene como principal meta o fin la seguridad y mantenimiento de la vida. El hombre primitivo se cuidaba para protegerse de los fenómenos naturales, aprende que el cuidarse de manera conjunta y cooperativa era indispensable para su subsistencia. El cuidado se orienta de forma básica a la alimentación, vestido, protección e higiene. Un evento clave que consolida y mejora la práctica del cuidado en estas épocas es el descubrimiento y el dominio del fuego, ya que configuraba una estructura social más segura, pues mejora la práctica de la alimentación, apoya en la elaboración de herramientas para caza y agricultura,

genera ideas mágico- religiosas, brinda protección y es motivo de reunión, lo cual fortalece al grupo (Hernández, 1995).

Con la Conquista y la Colonia, el cuidado sufre una transformación radical asociada con la imposición del cristianismo y el poder de la iglesia. Surge el concepto el bien y el mal, los cuales se asocian a la salud y a la enfermedad. La enfermedad se ubica en una dualidad importante, por un lado, se ve como castigo divino, pero ganarse el cielo. Asimismo, el cuidar se convierte en una vía para la sanación y satisfacción, de ahí que las mujeres que proporcionan el cuidado son todas aquellas que se concibieran en pecado o fueran viudas. En estas épocas, los conocimientos teóricos eran inexistentes y las actividades de cuidado son enseñadas y controladas por monjas pertenecientes a órdenes religiosas en pequeños espacios donde las mujeres daban cuidado a los pobres y enfermos bajo el concepto de ayuda caritativa, donde quien cuida lo hace por convenir a la salvación de su alma. Por tanto, se pierde el concepto de preservación y conservación de la vida y especie predominante en la época primitiva y prehispánica.



En la época independiente (siglo XIX), debido a la separación de la iglesia del estado, la situación de la insalubridad y enfermedad que viva México, resultado de la guerra de independencia, así como salida de órdenes religiosas encargadas de la enseñanza y organización del cuidado a pobres y enfermos, provoca la necesidad por parte del estado de contratar y remunerar económicamente a mujeres que se dediquen al cuidado de enfermos y heridos de guerra, y controlen a través de la implementación de acciones de tipo sanitario, la insalubridad prevaleciente del país.

Con esto se genera una fuente de trabajo e ingreso para mujeres, se contratan como cuidadoras, más por una necesidad económica que por interés de ayuda o valor contributivo a la salud y vida de la persona que cuida.

Tomando así el cuidado un sentido laico-laboral, lo que provoca un cambio de estatus en la mujer y la ampliación de su campo de trabajo. El cuidado se centra por completo en la enfermedad; por lo que se comienza una construcción más formal sobre prácticas de cuidado apoyadas en el conocimiento y avance tecnológico médico. Al inicio del siglo XX, debido al avance de la ciencia y la tecnología médica, la construcción y apertura de grandes hospitales, la demanda de atención y la necesidad del médico de contar con un ayudante incondicional que realice actividades no gratas para él, pero que le asegure su éxito, se hace necesario iniciar la formación de enfermeras de manera formal, surgiendo la primer escuela de enfermería en el Hospital General de México en 1907, dirigida por el Dr., Eduardo Liceaga, lo cual marca el inicio de la era profesional de enfermería en México. Este siglo es determinado por el desarrollo educativo de enfermería, donde la enfermera lucha y esfuerza por profesionalizar la educación por academizar su entrenamiento.



FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

Durante esta fase, la educación de las enfermeras estaba ubicada dentro de los sistemas universitarios, donde los miembros de la academia empezaron a cuestionarse sobre la naturaleza sustantiva del conocimiento de enfermería para ser incluidos dentro del currículum.

Identificándose así dos orientaciones de la práctica de la enfermería:

- Una centrada en el modelo médico, vista como una auxiliar de las practicas curativas, en hospitales cada vez más especializados donde se atienden a enfermeros con el avance de la ciencia médica y la tecnología, se van orientando los cuidados al manejo de instrumentos y realización de técnicas y procedimientos, lo cual se hace un eje de formación y dominio de la enfermería.
- La otra orientación centrada en el conocimiento teórico, que justifica y da sustento a la disciplina, trata de buscar bases científicas que la fundamenten, por lo cual se empieza un proceso de construcción teórica y metodológica que al igual que otros saberes, ostenten la categoría de ciencia.

En la actualidad, dada la evolución y desarrollo de la disciplina, el cuidado se caracteriza como científico y autónomo, debido a un planteamiento teórico científico de la profesión, producto del desarrollo de la investigación, que pretende orientar de manera más enfática sus objetivos a dar respuestas a su esencia y naturaleza teórico-filosófica que fundamente la práctica del cuidado de enfermería, con la finalidad de consolidar la profesión como una disciplina que otorgue identidad, status profesional, y sea correspondiente y congruente con la demanda social de salud y bienestar del hombre desde su contexto holístico.⁴

⁴Ibidem p.68-69.

4.2.3 TIPOS DE CUIDADO.

Retomando lo mencionado por Colliere (1996), el cuidado que proporciona enfermería no es homogéneo, depende de las condiciones de los sujetos, de los recursos con que cuentan y de los conocimientos que poseen para que la enfermera determine el tipo y características de los cuidados.

La misma autora, establece la diferenciación de la naturaleza de los cuidados de acuerdo con las funciones de la vida, estos son

- **Care:** cuidados de costumbre y habituales, relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida, representan todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o agua, calor, luz o naturaleza afectiva o psicosocial.
- **Cure:** cuidados de curación, relacionados con la necesidad de curar todo aquello que interfiere con la vida, eliminar los obstáculos, limitar la enfermedad, asistir en la estabilización de los procesos degenerativos, viendo a la persona como un ente integrado, con un estilo de vida propio determinado por su grupo, su cultura y su entorno (Colliere, 1996)

Es importante enfatizar que estos dos tipos de cuidados deben mantener un equilibrio permanente en la práctica ya que cuando prevalecen los cuidados de cure (curación), se van aniquilando de forma progresiva los cuidados de care y con ello la motivación de la persona, todo aquello que la hace ser y querer reaccionar, ya que se agotan sus fuentes de energía vital necesaria, pues se descuida también su efectividad, espiritualidad.⁴

⁴ Id p.69.

4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA.

Las teorías están diseñadas para explicar un fenómeno como el autocuidado o el cuidado. Una teoría enfermera es una conceptualización de algún aspecto de la enfermería que describe, explica, predice o prescribe un cuidado enfermero (Meleis, 2011).

Las teorías constituyen una gran parte del conocimiento de una disciplina. La teoría y la investigación científica tiene conexiones vitales entre una y otra, y proporcionan guías para la toma de decisiones, la resolución de problemas y las intervenciones enfermeras (Selanders, 2010). Las teorías nos dan una perspectiva para valorar la situación de nuestros pacientes y organizar los datos y métodos para analizar e interpretar la información.

La aplicación de la teoría enfermera en la práctica depende del conocimiento de la enfermera y de otros modelos teóricos, de cómo estos se relacionan entre sí y de su uso en el diseño de las intervenciones enfermeras.

La enfermería es una ciencia y un arte. Las enfermeras necesitan una base teórica para demostrar el conocimiento sobre la ciencia y el arte de la profesión con el fin de fomentar la salud y el bienestar de sus pacientes, ya sea un paciente individual, una familia o una comunidad (Potter, 2010). Una teoría enfermera ayuda a identificar el foco, los medios y los objetivos de la práctica. Las teorías comunes mejoran la comunicación y aumentan la autonomía y responsabilidad para el cuidado de nuestros pacientes.⁴

Modelo conceptual.

Es un grupo de ideas, declaraciones o conceptos relacionados, se usan en grandes teorías,

Paradigma.

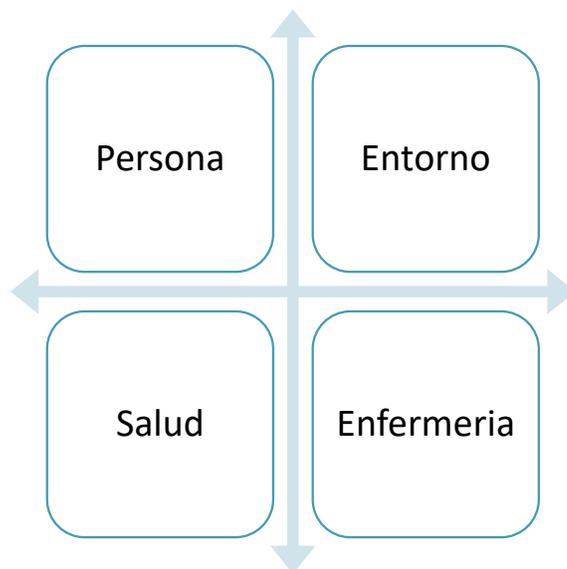
Se refiere a un patrón de conocimientos y suposiciones compartidas sobre la realidad y el mundo.

Los paradigmas incluyen nuestras nociones de la realidad, que son principalmente inconscientes o se dan por hecho. Somos conscientes de los paradigmas cuando la realidad se manifiesta.

Metaparadigma de la enfermería.

El término emana de dos palabras griegas: *meta*, que significa *con y paradigma – pauta- o –patrón-*. Son de contenido abstracto y de ámbito general: intentan explicar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios.

Muchos consideran que en la enfermería se manejan los siguientes cuatro conceptos.



Estos elementos dirigen la actividad de la profesión enfermera, incluyendo el desarrollo del conocimiento, la filosofía, la teoría la experiencia educacional, la investigación y la práctica (Aligado y Toomey, 2010)

Persona:

Es la receptora del cuidado enfermero e incluye a los pacientes como individuos, los grupos, las familias y las comunidades. La persona es el centro del cuidado enfermero. Puesto que las necesidades de la persona con frecuencia son complejas es importante proporcionar cuidados individualizados centrados en el paciente.

Salud:

Tiene diferentes significados para cada paciente, entorno clínico y profesión sanitaria. Es dinámica y cambia continuamente, el reto como enfermera es proporcionar el mejor cuidado posible basado en el nivel de salud del paciente y las necesidades de cuidado sanitario en el momento de prestarlo.

El entorno:

Todas las condiciones posibles que afectan al paciente y el marco en el cual se presta el cuidado sanitario. Existe una interacción continua entre un paciente y el entorno. Esta interacción tiene efectos positivos y negativos sobre el nivel de salud de la persona y sus necesidades sanitarias. Las características de la casa, escuela, el hogar de trabajo o la comunidad influyen en el nivel de salud de la persona y sus necesidades sanitarias.

La enfermería.

Es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales (American Nurses Association, 2010). El ámbito de la enfermería es amplio.⁴

⁴Ibidem p. Pag-64-65.

4.3.1 CONCEPTO, OBJETIVOS Y CLASIFICACIÓN.

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevas para la enfermería, han existido desde que Nightingale en 1859 propuso por primera vez sus ideas acerca de la enfermería; a partir de esta fecha, han sido grandes los alcances logrados en su desarrollo, socialización y aplicación. Ya que, así como Nightingale tuvo sus propias ideas de la enfermería, muchos teóricos y profesionales de enfermería tiene una idea o conceptualización particular de la práctica de enfermería, la cual influye de manera determinante en la toma de decisiones y guía las acciones que se toman en la práctica (Fawcett, 1996).

En la actualidad se declara que la teoría de enfermería “es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar y predecir el fenómeno del cuidado. Los modelos y teorías de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. En relación con la educación, los modelos y teorías guían el proceso general para elaborar un plan de estudios, los programas y actividades de enseñanza-aprendizaje. En la administración, provén una estructura sistemática para observar e interpretar las situaciones administrativas del cuidado de enfermería de manera muy particular. En la práctica clínica, provee guías generales para la práctica con un enfoque y organizador basada en los conceptos propuestos por el modelo teórico-práctico y en el método de trabajo de enfermería o proceso atención enfermería (PAE). Es importante enmarcar, que los modelos y teorías de enfermería deben apoyar y sustentar al método del cuidado de trabajo de enfermería o PAE en relación con la investigación, las teorías y modelos de enfermería facilitan la organización del conocimiento y guían al investigador con respecto al problema a estudiar, metodología, instrumentos, procedimientos, diseño, plan de análisis y todo el proceso de investigación.⁴

Clasificación de las teorías

Teorías	Concepto	Autor	Objetivo de la enfermería
Teorías psicosociales	Entre los temas de interés que se estudian desde el enfoque psicosocial, están fenómenos como la percepción, aprendizaje, personalidad, actitudes, motivación, sentimientos y emociones, prejuicios, influencia social, la familia, la relación de ayuda en el cuidado; aspectos que se estudian en el currículo básico y que son de marcada importancia para centrar los cuidados de las personas y comprenderlos, estén sanos o enfermos en su relación con las demás personas	Watson, 1979	Promover la salud al paciente, prevenir la enfermedad, el cuidado es un proceso interpersonal, que incluye intervenciones para satisfacer las necesidades humanas
Teoría de los sistemas	Un sistema está formado por componentes distintos. Estos están interrelacionados y comparten una finalidad común para afrontar un todo. Existen dos tipos de sistemas abierto y cerrado Sistema abierto: como el organismo humano no, interactúa con el entorno, intercambiando información entre los sistemas y el entorno, los factores que cambian el entorno también afectan el sistema abierto. Sistema cerrado: Tal como una reacción química dentro de un tubo de ensayo, no interactúa con el entorno	Newman, 1974	Ayuda a las personas, las familias y a los grupos a alcanzar y mantener el máximo bienestar mediante intervenciones con objetivos
Teoría de necesidades básicas humanas	La pirámide de las necesidades de Maslow.	Nightingale 1860	La enfermera manipula el entorno del paciente para incluir: sonido, nutrición, higiene, luz, comodidad, socialización (manipula el entorno del paciente)
Teorías del desarrollo	El crecimiento y desarrollo humano son procesos de predicción organizados que empiezan con la concepción y prosiguen hasta la muerte. Describen y predicen el comportamiento del desarrollo humano en las distintas fases del continuo de la vida	Peplau 1952	Desarrolla la interacción entre la enfermera y el paciente

FUENTE: Potter PPASPHA. Fundamentos de enfermería. 8th ed. España: ELSEVIER; Septiembre 2014⁵

⁵ Potter PPASPHA. Fundamentos de enfermería. 8th ed. España: ELSEVIER; Septiembre 2014. (5)

4.3.2 RELACIÓN DE LA TEORÍA CON EL PROCESO DE ENFERMERÍA

La teoría es o debe ser inherente a la práctica, ya que esta apoya y fundamenta al proceso de enfermería, debido a que ayuda a la enfermera a ubicar y organizar los datos en la etapa de valoración y diagnóstico de enfermería, apoyando también a una interpretación y análisis comprensivo, delimitado y propio de los mismos. Establece también las condiciones necesarias para la toma de decisiones sobre las intervenciones de cuidado de enfermería, posibilitando así la predicción de los resultados de cuidado esperando a la persona.²

Es así como por medio del PAE se lograron aplicar las bases teóricas al ejercicio práctico de la enfermería, pues es una excelente herramienta para resolver los problemas que atañen a la salud y al bienestar de las personas, basado en la reflexión, pero que además exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales de las enfermeras que lo emplean. Su ejecución permite la humanización e integralidad de los cuidados, pues tienen en cuenta los intereses y necesidades que el usuario manifiesta, así como de sus personas significativas o aquellas que se encuentran involucradas con su cuidado. Este método incorpora un enfoque que en la práctica cotidiana muchas enfermeras realizan, esto es, en muchas ocasiones se hacen especulaciones acerca de los problemas que se piensa tiene el paciente; se cree conocer las soluciones y entonces se actúa sobre esta base. En la actualidad, el uso del proceso de enfermería como herramienta habitual en todas las actividades que se relacionan con la enfermería se ha vuelto una práctica importante y sustancial para la profesión. Siendo un método que incluye la valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación en su desarrollo, el PAE es flexible, adaptable y aplicable en todas las situaciones, esto es en el proceso de pérdida de la salud o en el mantenimiento de la misma. Proporciona un enfoque intencional, sistemático y organizado de la práctica que logra el principal propósito de la enfermería: promover, mantener o recuperar el bienestar.⁶

⁶ Modelo de cuidados en enfermería NANDA, NIC y NOC/Sara Esther Téllez Ortiz, Martha García Flores / Editado por McGraw-Hill INTERAMERICANA EDITORES, DERECHOS RESERVADOS © 2012, respecto a la primera edición en español por, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, S.A. de C.V Pág.: 31-3

4.3.3 TEORÍA DE VIRGINIA HENDERSON

Su teoría ha servido para el desarrollo conceptual de nuevas teorías y modelos de enfermería, ya que en las numerosas obras que ha publicado se ha discutido ampliamente la independencia e interdependencia de la enfermería con el resto de ciencias que confluyen en la asistencia sanitaria.

V. Henderson es una de las figuras más representativas de la denominada escuela o modelo de las necesidades humanas. Ella elabora su propio modelo de enfermería inspirado en las influencias de otros autores como A. Maslow o J. Piaget. Como su trabajo intento responder a la pregunta ¿Qué hacen las enfermeras? Intentando diferenciar su función de la del resto de

los profesionales sanitarios. Tras toda una vida de estudio, en 1987 con ocasión de su nombramiento como Profesora Honorífica de la Escuela de Enfermería de la universidad de Barcelona, en su discurso inicial, intenta responder a esta pregunta diciendo: ser enfermera consiste fundamentalmente en tender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades



que contribuyen su salud, o a su restablecimiento, si las ha perdido o a evitarle padecimientos en la hora de la muerte; actividades que el realizara por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo antes posible. El modelo de Henderson define que todos los seres humanos tienen 14 necesidades básicas, entendiendo la necesidad en su sentido más positivo, como requerimiento, más como carencia o problema.

Estas necesidades, que son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene suficientes conocimientos para ello, deben ser satisfechas para que la persona pueda adquirir la independencia a la que quiera aspirar:

1. Respirar normalmente
2. Alimentarse e hidratarse adecuadamente
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 dentro de los límites normales, mediante la sección de la ropa y la modificación del entorno
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás, expresando las emociones, necesidades, temores u opiniones
11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal
13. Participar en actividades recreativas
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y utilizar los recursos disponibles.

Cada una de las necesidades es un todo compuesto por aspectos fisiológicos, psicológicos, culturales y espirituales, relacionándose entre todas ellas formando un todo indivisible, por lo que no puede considerarse aisladamente. El individuo es considerado como un todo complejo, que aspira a satisfacer estas 14 necesidades básicas. V. Henderson entiende que la salud es igual a la independencia de las personas para cubrir por sus propios medios las 14 necesidades básicas y en ese contexto la función de la enfermería es de ayudar a la persona sana o enferma a suplir su autonomía.⁷

⁷ Luis Silva García plmnfdlf. Ats/duo Servicio de Salud de Castilla Y Leon. 1st ed. Eapaña: MAD, S.L; 2006. Pag 96, 97 (7)

4.4 EL PROCESO DE ENFERMERÍA COMO HERRAMIENTA METODOLÓGICA PARA DAR CUIDADO A LA PERSONA SANA O ENFERMA.

El proceso de enfermería se considera como el método del cuidado de los profesionales de enfermería, el cual tiene fines particulares y una forma de proceder que es propia.

El proceso de enfermería se ubica entre el contexto de la mención metodológica, el cual representa la fase intervenida en esta propuesta e construcción, y tiene una relación directa con la mención teórica y la dimensión práctica. Su función es dar sentido y significado a la práctica mediante un sistema organizado de



Fuente Imagen obtenida de Google

etapas apoyada en un marco teórico conceptual de enfermería, que valide, el sentido y fundamento de manera directa al proceso o método del cuidado (Sotomayor S, 2001). El desarrollo y aplicación del proceso de enfermería por lo que, su aplicación en la práctica profesional constituye una necesidad, un compromiso y una responsabilidad.⁴

⁴ Ibidem p. 64

4.4.1 CONCEPTO.

Desde el punto de vista etimológico, la palabra método deriva de las raíces griegas *meta* y *odon*, *meta* es una proposición que da idea de movimiento, y *odon* significa camino. En ese sentido la palabra método quiere decir, “camino hacia algo” es decir, “esfuerzo para alcanzar un fin o realizar una búsqueda” de ahí que método puede definirse como el “camino hacia un fin determinad, mediante una serie de pasos fijados de antemano, de forma reflexiva y consciente” (Hermandades et al, 1997). El proceso de enfermería lo conceptualiza Alfaro (2005:4) “como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros, eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces. También impulsa a las enfermeras a examinar de forma continua lo que hacen y a plantearse como pueden mejorarlos.

En la actualidad Bermana A. Snyder S, Korzier B, Erb G (2008:176), mencionan que:

El proceso de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería. Su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden más necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades; el proceso de enfermería es cíclico; es decir , que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez; al final del primer ciclo puede continuar con una reevaluación o el plan de asistencia puede modificarse.

Por lo anterior el proceso de enfermería en la actualidad hace que se adopte a cada circunstancia específica del individuo, familia y comunidad, se sustenta en un marco teórico que le una amplia base de conocimientos exactos tanto de la disciplina como aquellas que le son afines; además favorece el pensamiento crítico, solidaridad habilidades interpersonales y técnicas y sobre todo la capacidad para cuidar, así como el deseo de hacerlo.⁴

4.4.2 OBJETIVO.

Identifica la dimensión teórica-metodológica e instrumental del proceso de enfermería, para el cuidado integral de la persona, familia o comunidad, mediante la aplicación de cada una de sus etapas la valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución en su conjunto pretende la promoción, fortalecimiento y recuperación de salud en un momento dado que el individuo en fase terminal tenga una muerte digna.

El propósito principal es construir una estructura teórica que pueda cubrir las necesidades del individuo, familia y la comunidad, es decir, garantizar la calidad en los cuidados y la calidad de vida (Fernández 2000).⁴



FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

⁴ Ibidem p. 70.

4.4.3 DESCRIPCIÓN DE ETAPAS.

ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERÍA.

Las etapas son la propuesta del método del cuidado ya que se requieren de medios y procedimientos para actuar, es decir mientras el método sería el elemento conceptual utilizable para la coordinación de las operaciones, las etapas serían los elementos concretos para aplicar el proceso.

Las etapas son cíclicas, dinámicas e inseparables pero estructuradas en secuencia lógica para hacer una guía que orientara la profesional de enfermería la forma en que actuara considerando la situación de salud muy particular de cada persona, familia y comunidad.

VALORACIÓN.

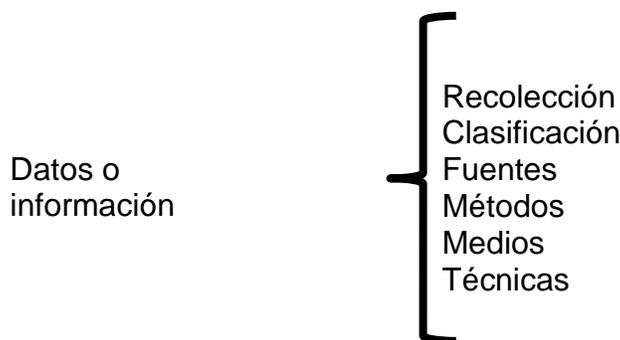
La valoración, primera etapa del proceso debe organizarse y sistematizarse para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona y su entorno mediante diversas fuentes; se considera un paso muy importante porque todas las decisiones e intervenciones se basan en la información obtenida de esta etapa.

Definición.

Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen, lo más clara y completa posible de las necesidades de la persona, sus problemas y sus capacidades; permite a la enfermería conocer a la persona que va a cuidar y determinar cuál es en su situación actual (Alfaro, 1992).

Recolección de datos.

Es esencial porque se inicia el primer contacto con la persona, familia o comunidad es un proceso dinámico y continuo.



Fuente Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología / Eva Reyes Gómez-Segunda edición-México, D.F.: Editorial El Manual Moderno .⁴

Recolección.

Es la obtención de la información referente a las condiciones, desde el punto de vista holístico, de la salud de la persona, familia o comunidad.

Debe de reunir las siguientes características: ser completa, sistemática y ordenada seguir el modelo teórico (necesidades, patrones funcionales, requerimientos universales que plantea Orem) por mencionar algunos bajo el cual se sustenta el proceso de enfermería, porque con base en el permitirá tener una secuencia para la obtención de datos, el análisis de los datos y facilitando con ello la implementación de las demás fases.

Clasificación de datos	
Subjetivos	Objetivos
Se obtienen de la opinión y percepción de la persona sobre sí misma y su situación de salud de salud por ejemplo como ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos o ambos, de los cual la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de enfermería	Como su nombre lo indica es información observable y medible, la enfermera tiene la garantía que están sucediendo en el momento y los pueden confirmar a través de la observación, exploración física o ambas en este caso, como ejemplo están los signos (cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior.

Fuente: Fundamentos de enfermería. Ciencia, metodología y tecnología / Eva Reyes Gómez-Segunda edición-México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.⁴

Fuentes para la obtención de datos.

Significa de donde se puede originar la información y se pueden obtener de diferentes formas primaria o directa secundaria o indirecta.

La **fuentes directa** es a la persona a la que se va a cuidar es quien proporcionara los datos principales referente a su condición de salud y su entorno.

La **fuentes indirecta** se considera la familia (cuando el individuo está incapacitado para responder) el equipo de salud (fisioterapeuta, enfermeras, trabajadores sociales, entre otros, de los que se puede recoger tanta información verbal como escrita) esta información verifica clarifica o incrementa la información obtenida de la fuente primaria.

Medios y técnicas para la recolección de datos.

Son los apoyos para el profesional de enfermería mediante los cuales podar obtener la información:

- Observación
- Entrevista
- Exploración física

Observación: Es un sistema lógico se realiza a través del órgano de los sentidos, debe ser selectiva, objetiva, ilustrativa y ordenada, pero, además, son fundamentales el conocimiento y experiencia de la enfermera para una observación estructurada.⁶

Entrevista: La entrevista es una conversación entre dos personas con dos finalidades, dar y obtener datos a través de:

- Recoger información para identificar problema.
- Iniciar la relación enfermera-persona, creando un clima un clima de confianza y respeto.

- Disminuir la ansiedad del paciente proporcionando la información necesaria.
- Motivar al paciente a participar de manera activa en todo el proceso de cuidado.

Exploración física.

Para que se proporcione de manera sistemática y concreta debe seguir métodos y técnicas específicas.

Las técnicas son esenciales para examinar de forma exhaustiva a la persona. Cada técnica se requiere de ciertos principios para asegurar la recopilación de la información.

- **Inspección:** Para realizarla de manera directa la enfermera hace uso de sus sentidos en específico la vista y de manera indirecta utiliza instrumentos como otoscopio, rinoscopia, entre otros para la exploración visual para la persona y a través de ella se obtienen datos como el tamaño, forma, posición, localización anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- **Palpación:** Es el uso del tacto, esta con las manos se puede realizar de forma superficial y profunda para determinar las características de la estructura corporal por debajo de la piel, a través de estas técnicas se obtiene datos como tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsación, vibración, consistencia y movilidad.
- **La percusión:** Consiste en golpear la superficie del cuerpo con el dedo o dedos para provocar sonidos. A través de esta técnica se tiene el tamaño, densidad, límite de un órgano localización. Los sonidos producidos por la percusión se pueden describir como mates, sordos, resonantes o timpánicos. La percusión puede realizarse de forma directa o indirecta.
- **La auscultación:** Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se puede realizar de manera directa utilizando el sentido del oído y para realizar la técnica directa e indirecta se utilizan instrumentos el estetoscopio. Con la técnica se recolecta información como la característica con los ruidos pulmonares, cardiacos intestinales permitirá

identificar con frecuencia, intensidad, calidad y duración de los sonidos auscultados.

La medición consiste en obtener datos de los signos vitales (temperatura corporal, pulso/frecuencia cardiaca, respiración y presión arterial)

Somatometría: permite identificar el crecimiento de la estructura corporal considerando junto con la edad y sexo, además es base para el cálculo de medicamentos y soluciones (estatura, perímetros y segmentos corporales).

Validación de datos.

Validar es confirmar y confirmar los datos para determinar si responden a los hechos. Consiste, también en alizar la información con el fin de identificar posibles vacíos o incongruencias. Es fundamental para evitar la omisión de información relevante, realizar interpretación incorrecta, llegar a conclusiones precipitadas o ambas:

- Revisar los datos (escala de medición).
- Solicitar que otra persona recolecte el mismo dato.
- Identificar que no existen factores transitorios.
- Revisar los factores críticos.
- Comprobar congruencia entre los datos.

Organización de los datos.

Consiste en la agrupación de los datos en categorías de información de forma que tengan sentido, puedan verse las relaciones entre ellos e identificar las capacidades del paciente, y sus problemas de salud reales y potenciales. Es importante considerar también el marco teórico que está sustentado el proceso de enfermería. En este caso se basa en el Modelo Conceptual de Virginia Henderson.

Registro de datos.

Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física (Rodríguez 2002). Las ventajas que ofrece el registro de los datos se centran en: ´Favorecer la comunicación entre los

miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la prestación de una asistencia de calidad, propio.⁷

Proporcionar mecanismos para la evaluación de asistencia, formar un registro legal permanente y ser base para la investigación de enfermería'' (Iyer) ,1997:81):

- Cumplir normas
- Evitar juicios de valor.
- Escribir de forma textual lo que le usuario expresa mediante entrecomillado ("")

Diagnóstico.

Definición es un enunciado de juicio clínico sobre las reacciones o los problemas de salud reales o potenciales a los procesos vitales de una persona, de una persona o de una colectividad. Los diagnósticos enfermeros sirven de base para pasar a la etapa de la planeación.

Ventajas:

- Adoptar un vocabulario común
- identificar los problemas de las personas.
- Centrar los cuidados en respecto a aspecto de enfermería
- Ofrecer a la persona cuidados de calidad, personalizados y humanizados.
- Facilitar la coordinación en equipo.

Taxonomía NANDA NIC NOC.

Quien refiere que la taxonomía es la ciencia que identifica y clasifica. También estudia teoría de clasificaciones sistemáticas incluyendo sus bases principios, procedimientos y reglas. Un sistema de clasificación de grupos o de conjuntos.⁷

El uso de lenguaje enfermero estandarizado el diagnóstico de enfermería proporciona la base para elegir la intervención enfermeras para conseguir los resultados para los que el profesional enfermero es responsable.

La NANDA-I 2012-2014 proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta a través de la cual se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería sin importar las barreras idiomáticas o culturales.

El diagnóstico de enfermería es un referente método lógico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, tiene una importancia fundamental por representar la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, el que servirá de base para elegir las intervenciones de enfermería que permitan conseguir los resultados esperados, la familia o comunidad a problemas de salud o de procesos vitales reales o potenciales.

La **Taxonomía II** está conformada por tres niveles dominios, clases y diagnósticos enfermeros

- **Dominio** es “una esfera de actividad, estudio o interés” (13 dominios).
- **Clase** es “una subdivisión de un grupo mayor: una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado” (47 clases)
- **Diagnóstico** enfermero es “un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud/ procesos vitales reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable” (217 diagnósticos) (NANDA Internacional, 2012, 64)

Asimismo, en esta taxonomía se asignó un código al diagnóstico enfermero estructurando por 32 bits cada uno de cinco dígitos, lo cual facilita el crecimiento y desarrollo de la estructura de la clasificación sin cambiar los códigos cuando se produzcan revisiones o refinamientos o cuando se añadan nuevos diagnósticos.

NOC (por su nombre en inglés Nursing Outcomes Classification).

En 1991 se creó un equipo de investigación, conducido por Marion Johnson y Merodean Maas, en la Universidad de Iowa. El trabajo del equipo de investigación dio como resultado la Clasificación de Resultados de enfermería (NOC), una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente que puede

utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras, publicadas por primera vez en 1997.

Los resultados del paciente sirven como criterio para juzgar el éxito de una intervención enfermera. Un resultado se define como un estado, conducta o percepción individual, familiar o comunitaria que se mide a lo largo de un continuo en respuesta a una intervención enfermera.

Cada resultado NOC tiene una etiqueta, una definición, una lista de indicaciones para evaluar el estado del paciente con relación al resultado, una escala de Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente, y una breve lista de referencias utilizadas en el desarrollo del resultado. El indicador se refiere a los criterios que permiten medir y valorar los resultados de las intervenciones utilizando las escalas, estas permiten medir el estado del resultado cada punto de un continuo, desde el más negativo al más positivo, así como la identificación de cambios en el estado del paciente en diferentes puntos (Johnson M 2007)

La taxonomía del NOC presenta:

- Domino es el nivel más abstracto de la clasificación, se trata de identificar y describir resultados de comportamiento conducta de la persona que tiene relación con su salud, desde una perspectiva integral, tanto individual como colectiva, siete dominios (se numeran con romano del I-VII)
- Clase es el segundo nivel de la clasificación y describe más resultados más concretos de los dominios, son 29 clases (se especifica con letras mayúsculas y minúsculas del alfabeto A-Z, a y c).
- Resultados representa el nivel más concreto de la clasificación y expresan los cambios modificaciones o mantenidos que se requieren alcanzar en los pacientes como consecuencia de los cuidados enfermería (385 resultados).
- Indicador se refiere a los criterios que permiten valorar los resultados, incluyendo una escala para su valoración.

NIC (Nursing Intervenciones Classification).

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey Dochterman y Gloria Bulechek en la universidad de Iowa.

Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería.

Intervenciones de enfermería: son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir los resultados esperados, son genéricos y cada una de ellas incluye varias actividades.

Las intervenciones de enfermería pueden ser:

- **Interdependientes:** Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud, pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, entre otros.
- **Independientes:** Acciones que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, para las cuales está legalmente autorizada a realizar gracias a su formación académica y experiencia profesional. Son actividades que no requieren la indicación médica previa.

La clasificación NIC contiene cuatro términos que son clave para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación:

- **Campo:** Es el nivel de mayor abstracción de organización de la clasificación. Cada campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona y son siete campos (1-7)

- **Clase:** Especifica cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del campo; 30 clases (se especifican con letras mayúsculas y minúsculas del alfabeto A-Z, a, b, c, d)
- **Intervención:** Dentro de la taxonomía son los tratamientos que se relacionan con los aspectos contenidos en las clases. Cada intervención se desarrolla con actividades concretas (514 intervenciones)

El beneficio de la NANDA, NIC y NOC como un lenguaje enfermero reconocido, indica que el sistema de clasificación se acepta como soporte para la práctica enfermera al proporcionar una terminología clínicamente útil. (NANDA 2007-2008)

Estados de los diagnósticos de enfermería.

Estado se refiere a la actualidad o potencialidad del diagnóstico o a su categorización (NANDA) International 2009, p. 44). Las clases de diagnósticos de enfermería de acuerdo con el estado son: actual o real, riesgo o potencial, promoción a la salud y bienestar.

- **Diagnostico real o actual:** Es un problema del paciente que está presente en el momento de la valoración de enfermería. Este se basa en la presencia de signos y síntomas.
- **Diagnóstico de riesgo o potencial:** Es un juicio clínico de un problema no existente, pero la presencia de factores de riesgo indica que es probable que aparezca a no ser que el profesional de enfermería intervenga. Por tanto, se usa la etiqueta de Riesgo de infección para describir el estado de salud del paciente.
- **Diagnóstico de promoción a la salud:** Está relacionado con la preparación de los pacientes para aplicar conductas que mejoren su estado de salud. Estos nombres de diagnósticos empiezan con la frase Disposición para mejorar; por ejemplo, disposición para mejorar la nutrición.
- **Diagnóstico de bienestar:** Describe las respuestas humanas a niveles de bienestar en un individuo, la familia o comunidad (NANDA International, 2009, p. 420) al igual que los diagnósticos de promoción a la salud, estos

diagnósticos comienzan por la frase Disposición para mejorar. Ejemplo: Disposición para mejorar el bienestar espiritual o Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Componentes de los diagnósticos de enfermería de la NANDA.

Un diagnóstico de enfermería tiene tres componentes:

1. El problema y su defunción
2. La etiología
3. Las características definitorias

Cada componente sirve a un objeto específico.

Problemas (etiqueta diagnóstica) y definición

Describe el problema de salud del paciente o la respuesta para la que se administra el tratamiento de enfermería. Describe el estado de salud del paciente de forma clara y concisa en pocas palabras.

Los calificadores son palabras añadidas a lagunas etiquetas de la NANDA para dar un significado adicional a la declaración diagnóstica; por ejemplo:

- Deficiente (cantidad, calidad o grado inadecuado; no es suficiente incompleto)
- Alterado (mal hecho debilitado, dañado, reducido, deteriorado)
- Reducido (de menor tamaño, cantidad o grado)
- Ineficaz (que no produce el efecto deseado)
- Comprometido (vulnera a una amenaza)

Etiología (factores relacionados y factores de riesgo)

Identifica una o más causas probables de los problemas de salud, da instrucciones para el tratamiento de enfermería requerido y capacita al profesional de enfermería para individualizar la asistencia del paciente.

Características definitorias.

Son un grupo de signos y síntomas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica particular. En los diagnósticos de riesgo no hay signos subjetivos ni objetivos.

Análisis de los datos.

En el proceso diagnóstico, el análisis implica los siguientes pasos:

1. Comparar los datos con los estándares (identificación de las pistas significativas)
2. Agrupar las pistas (generar hipótesis tentadoras)
3. Identificar lagunas e incoherencias.

Formulación de las declaraciones diagnósticas.

La declaración básica en dos partes comprende lo siguiente:

1. Problema (P): declaración de la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA)
2. Etiología (E): factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas.

En las etiquetas de la NANDA que contiene la palabra *específica* el profesional de enfermería debe añadir las palabras que indiquen el problema de forma más concreta.

Declaraciones básicas en tres partes.

Las declaraciones básicas del diagnóstico de enfermería en tres partes se denominan formato (PES) y comprende lo siguiente:

1. Problema(P): Refiere la respuesta del paciente (etiqueta de la NANDA)
2. Etiología (E): factores que contribuyen a las respuestas o son probables causas.
3. Signos y síntomas (S): Características definitorias manifestados por el paciente

Los diagnósticos de enfermería actuales pueden registrarse usando la declaración en tres partes por que se han identificado los signos y los síntomas. Este formato no puede usarse para diagnósticos de riesgo por que el paciente no tiene signos ni síntomas de los diagnósticos.

El formato PES puede crear declaraciones del problema muy largas, lo que a veces oscurece el problema y su etiología

Los profesionales de enfermería recurren al conocimiento y la experiencia para comparar los datos del paciente con los estándares y normase identificar pistas significativas relevantes. Un estándar o norma es una medida, regla o modelo o patrón aceptado de forma general.

Agrupación de pistas.

La agrupación de los datos o las pistas es un proceso que termina la relación entre los hechos y determina si hay presente algún patrón, ya representen los datos incidentes aislados o no sean significativos. Estés es el compromiso de la síntesis. Los profesionales de enfermería pueden agrupar los datos de manera individual combinando datos de diferentes áreas de valoración para formar un patrón.

Identificación de lagunas e incoherencia.

Una valoración hábil minimiza las lagunas e incoherencias en los datos, sin embargo, el análisis de los datos debe incluir una comparación final para asegurarse de que los datos son correctos y completos.

En los datos las incoherencias son datos conflictivos. Las posibles fuentes de datos conflictivos comprenden el error de medida la expectativas e informe no fiables.

Identificación de los problemas, riesgos y fortalezas.

Después de analizar los datos, el profesional de enfermería y el paciente se pueden identificar de forma conjunta fortalezas y problemas. Este es sobre todo un proceso de toma de decisiones.

Determinación de problemas y riesgos.

Tras la agrupación de los datos, el profesional de enfermería el paciente identificar juntos problemas que apoyas los diagnósticos actuales, del riesgo o los problemas conjuntos.

Determinación de fortalezas.

En esta fase el profesional de enfermería y el paciente también establece las fortalezas, recursos y capacidades para el afrontamiento del paciente. La materia de las personas tiene una percepción más clara de sus problemas o debilidades que de sus fuerzas y ventajas, lo que a menudo toma garantía. Al hacer un inventario de las fortalezas el paciente puede desarrollar un concepto e imagen de sí mismo más definidos. Las fortalezas pueden ser una ayuda para movilizar los procesos sobre la salud y regenerativos.

PLANEACIÓN.

Definición. Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reformar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

Fases.

1. Establecer prioridades.

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico de enfermería es donde se concluye la identificación del problema en la cual se debe centrar el problema, en aquellas manifestaciones que representa una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinar medida de prevención de riesgos que la comunidad, o familia representa.

2. Los valores y creencias del paciente respecto a la salud.

Los valores referidos a la salud pueden ser más importantes para el profesional de enfermería que para el paciente.

3. Las prioridades del paciente.

Implicar al paciente en la priorización y planificación de la asistencia fomenta la cooperación. Pero a veces la percepción del paciente de lo que es importante entra en conflicto con el conocimiento del profesional de enfermería de los posibles problemas o complicación.

4. Los recursos disponibles para el profesional de enfermería y el paciente.

Si escasea el presupuesto, el equipo o el personal de la institución de salud, entonces aun problema se le puede dar una prioridad menor de lo habitual. Los profesionales de enfermería del marco domiciliario, por ejemplo, no tiene los recursos de un hospital; si no se dispone de los recursos necesarios podrían ser necesarios posponer la solución a ese problema, o podría ser necesario remitir al paciente a otro centro, los recursos del paciente, como su capacidad económica o su capacidad para el afrontamiento, también pueden influir en el establecimiento de prioridades.

5. La urgencia del problema de salud.

Sea cual sea el sistema usado, las instituciones con riesgo vital exigen al personal de enfermería la asignación de una prioridad alta. Situaciones que afectan a la integridad del paciente, a aquella que podría tener un efecto negativo o destructivo sobre él también tiene una prioridad alta; estos problemas, como el consumo de drogas y la alteración radical del auto concepto de vida una amputación, pueden ser destructivos para el individuo y para la familia.

6. Plan de tratamiento médico.

7. Las prioridades para tratar los problemas de salud deben ser congruentes con el tratamiento de otros profesionales de la salud.

8. Fijación de objetivos/ resultados del paciente.

Para establecer las prioridades el profesional de enfermería y el paciente fijan los objetivos para cada diagnóstico de enfermería. En un plan asistencial, los objetivos/resultados deseados describen en términos de respuestas observables del paciente lo que el profesional de enfermería espera conseguir poniendo en práctica las intervenciones de enfermería. Los términos objetivos y resultados deseados se usan de forma intercambiable en este texto, excepto cuando se comenta y usa el lenguaje estandarizado. Algunas referencias bibliográficas también usan los términos resultado esperado. Parte de la bibliografía de enfermería diferencia los términos definiendo los objetivos como declaraciones amplias sobre el estado del paciente y los resultados deseados como los criterios observables más específicos utilizados para evaluar si los objetivos se han cumplido.

Propósitos de los objetivos/ resultados deseados.

Aunque los objetivos y los resultados no coinciden necesariamente como concepto, algunas personas utilizan ambos términos de forma indistinta. En referencia a la NOC, los objetivos pueden cumplirse o no, mientras que el progreso hacia los resultados puede describirse al largo de un espectro continuo y en comparación de los estados anteriores (Moorhead et al., 2008) los objetivos/resultados deseados sirven a los siguientes propósitos.

1. Proporcionan instrucciones para planificar las intervenciones de enfermería. Las ideas para las intervenciones llegan con más facilidad si los resultados deseados establecen clara y específicamente lo que el profesional de enfermería espera conseguir.
2. Sirven de criterio para evaluar el progreso del paciente. Aunque elaborados en el paso de planificación del proceso de enfermería los resultados deseados sirven de criterio para juzgar la eficiencia de las intervenciones de enfermería y el progreso del paciente en el paso de evaluación.
3. Capacitan al paciente y el profesional de enfermería para determina cuando sea resuelto el problema.

4. Ayudan a motivar al paciente y al profesional de enfermería a proporcionarle una sensación de logro.
5. A medida que se cumplen los objetivos el paciente y el profesional de enfermería pueden ver que sus esfuerzos han merecido la pena. Esto proporciona motivación para continuar siguiendo el plan, en especial cuando es necesario realizar cambios difíciles del estilo de vida.

Relación entre los objetivos/resultados deseados y los diagnósticos de enfermería.

Los objetivos y resultados derivan de los diagnósticos de enfermería del paciente, sobre todo de la etiqueta diagnóstica. La etiqueta diagnóstica contiene la respuesta morbosa; establece que debería cambiar.

Para todos los diagnósticos de enfermería, el profesional debe de escribir el resultados o resultados deseados que, cuando se consiguen demuestran directamente la resolución del problema. Cuando elabores los objetivos/resultados deseados plantéate la siguiente pregunta:

1. ¿Cuál es problema del paciente?
2. ¿Cuál es la respuesta saludable opuesta?
3. ¿Qué aspecto tendrá el paciente o cómo se comportará si se consigue una respuesta saludable?
4. ¿Qué debería hacer el paciente o como para demostrar la resolución del problema o la capacidad de que este se resuelva?

Selección de intervenciones y actividades de enfermería.

Las intervenciones y actividades de enfermería son las acciones que un profesional de enfermería realiza para conseguir los objetivos del paciente. Las intervenciones específicas elegidas deben de centrarse en la eliminación o resección de la causa del diagnóstico de enfermería, que es la segunda cláusula de la declaración diagnóstica.

Cuando no es posible cambiar los factores causales, el profesional de enfermería elige intervenciones que traten los signos y síntomas o las características definitorias de la terminología NANDA International (2009).

Tipos de intervenciones de enfermería.

Las intervenciones de enfermería se identifican y escriben durante la fase de planificación del proceso de enfermería, pero en realidad se realizan durante la fase de aplicación. Las intervenciones de enfermería comprenden la asistencia directa y la indirecta, así como los tratamientos iniciados por el profesional de enfermería, iniciadas por el médico y otros tratamientos iniciados por el proveedor. La asistencia directa es una intervención realizada por el profesional de enfermería a través de la interacción con el paciente. La atención indirecta es una intervención delegada por el profesional de enfermería en otra persona o realizada en otro lugar, pero en nombre del paciente, con una colaboración al tratamiento interdisciplinar del entorno asistencial.

Intervenciones independientes: Son aquellas actividades que los profesionales de enfermería están autorizados a iniciar sobre la base de su conocimiento y habilidades. Comprenden la asistencia física, la evaluación continua, el apoyo y bienestar emocional, la educación, el asesoramiento, la gestión de ambiente y las remisiones a otros profesionales de la salud.

Intervenciones dependientes:

Son actividades realizadas bajo las órdenes y supervisión de un médico u otros proveedores de cuidados de salud con autorización para escribir órdenes para los profesionales de enfermería. Las órdenes del médico dirigen habitualmente al profesional de enfermería para que administre medicamentos, tratamientos intravenosos, pruebas diagnósticas, tratamientos, dieta y actividad. Con el paciente, el profesional de enfermería es responsable de la valoración de las necesidades de las órdenes médicas, de su explicación y su administración. Las intervenciones de enfermería pueden escribirse para individualizar la orden médica en función del estado del paciente.

Intervenciones conjuntas:

Son acciones que el profesional de enfermería realiza en colaboración con otros miembros del equipo de salud, como los fisioterapeutas, los trabajadores sociales, los dietistas y los médicos. Las actividades de enfermería conjuntas reflejan las responsabilidades solapadas y relaciones de compañerismo entre el personal de salud.

Consideración de la consecuencia de cada intervención para cada objetivo de enfermería.

Pueden identificarse varias intervenciones. La tarea del profesional de enfermería es elegir aquella que tiene más probabilidades de conseguir los resultados deseados del paciente. El profesional de enfermería comienza considerando los riesgos y beneficios de cada intervención. Una intervención puede tener más de una consecuencia por ejemplo proporcionar información precisa podría dar lugar a las siguientes conductas del paciente:

- Aumento de la ansiedad
- Reducción de la ansiedad
- Deseo de hablar con el medico
- Cooperación
- Relaja con

La determinación de la consecuencia de cada intervención exige conocimientos y experiencia en enfermería. El profesional de enfermería podría considerar entonces proporcionar información varios días antes de la operación.⁶

Criterios para elección de intervenciones de enfermería.

Tras considerar la consecuencia de las intervenciones de la enfermería alternativas el profesional de enfermería elige una o más que probables que sean más eficaces. Aunque esta basa su decisión en su conocimiento y experiencia, la información del paciente es importante. Los siguientes criterios pueden ayudar al profesional de enfermería a elegir las mejores intervenciones de enfermería.

El plan debe:

- Ser seguro y apropiado para la edad, salud, y condición del paciente.
- Ser alcanzable con los recursos disponibles.
- Ser coherente con los valores, creencias y cultura del paciente.
- Ser congruente con otros tratamientos (p. ej., si al paciente no se permite tomar alimentos, la estrategia de una merienda debe definirse hasta que la salud lo permita)
- Basarse en el conocimiento experiencia de enfermería o en la información procedente de ciencias relevantes. (es decir, Basadas en un fundamento).
- Ajustarse a los modelos de asistencia establecidos determinados por las leyes estatales, las asociaciones profesionales, las organizaciones de homologación y las normas de la institución.⁶

EJECUCIÓN.**Definición:**

Es la cuarta etapa del proceso de enfermería que comienza una vez que se han elaborado los planes de cuidado y está enfocada al inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados (Iyer, 1997:224) etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidado elaborado. Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones, determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios.

Relación entre la aplicación y otras fases del proceso de enfermería.

La fase de aplicación proporciona las actividades de enfermería reales y las respuestas de paciente que se examinan en la fase final, la fase evaluadora usando los datos adquiridos durante la valoración, el profesional de enfermería puede individualizar la asistencia prestada en la fase de aplicación, adaptando las intervenciones para que se ajusten al paciente específico en lugar de aplicarlas de forma sistemática a categorías de pacientes. Mientras ejecuta la actividad de enfermería, el profesional de enfermería continúa revalorando al paciente en todos

los contactos, obteniendo datos sobre la respuesta del paciente a las actividades de enfermería y sobre cualquier problema que pueda aparecer. ⁴

Habilidades de aplicación.

Para ejecutar el plan asistencial con éxito los profesionales de enfermería deben de disponer de habilidades cognitivas, interpersonales y técnicas. Estas habilidades son diferentes entre sí; pero, en la práctica, los profesionales de enfermería las usan en diferentes combinaciones y con diferentes énfasis dependiendo de la actividad.

Las actividades cognitivas (habilidades intelectuales), incluye la resolución de problemas la toma de decisiones, el pensamiento crítico y la creatividad. Son cruciales para una asistencia de enfermería segura e inteligente.

Habilidades interpersonales.

Son todas las actividades, verbales y no verbales, que las personas usan cuando interaccionan directamente entre sí. La eficacia de una acción de enfermería depende a menudo en gran medida de la capacidad del profesional de enfermería de comunicarse con otros. El profesional de enfermería usa la comunicación terapéutica para comprender al paciente y ser a su vez comprendido. un profesional de enfermería también necesita trabajar con eficacia con otros miembros del equipo de salud.

Las habilidades técnicas.

Son actividades, manuales dirigidas a un fin como manipular equipo, administrar inyecciones, poner vendajes, mover, levantar y recolocar a los pacientes. Estas habilidades también se denominan Tareas, procedimientos o habilidades psicomotoras. El término psicomotor se refiere a las acciones físicas que se controlan por las mentes no reflexivas. Las habilidades técnicas requieren reconocimiento y con frecuencia destreza manual.

El número de habilidades técnicas que se espera de un profesional de enfermería aumentado mucho en los últimos años por el uso generalizado de la tecnología, en especial en los hospitales de los pacientes agudos.

Proceso de aplicación.

El proceso de la aplicación se compone normalmente de los siguientes aspectos:

- Revaloración del paciente
Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería.
Aplicación de las intervenciones de enfermería.
- Supervisión de la asistencia delegada
- Registro de las actividades de enfermería

Revaloración del paciente.

Justo antes de ejecutar una intervención, el profesional de enfermería debe de revalorar al paciente para asegurarse que la intervención sigue siendo necesaria. Aunque este escrita una orden el pan asistencial, el estado del paciente puede haber cambiado. Los datos nuevos pueden indicar un cambio de prioridades en la asistencia o las actividades de enfermería. Poco después de empezar, el profesional de enfermería se da cuenta que no está interesado en la lección.

Determinación de la necesidad de ayuda del profesional de enfermería.

Cuando se ejecuta cualquier intervención de enfermería, el profesional de enfermería puede precisar ayuda por uno o s de estas razones:

- El profesional de enfermería es capaz de ejecutar la actividad de enfermería con seguridad y eficacia, ayudar a andar aun paciente obeso inestable.
- La ayuda reduciría el estrés sobre el paciente.
- El profesional de enfermería carece del conocimiento o habilidades para ejecutar una actividad de enfermería en particular.

Aplicación de las intervenciones de enfermería.

Es importante explicar al paciente que intervenciones se realizarán, que sensaciones debe espera, que se espera que haga y que resultados se prevén. En muchas actividades de enfermería es importante asegurar la intimidad del paciente. El número y tipo de intervenciones enfermería directas es casi ilimitado.

Los profesionales de enfermería también coordinan la asistencia del paciente. Esta actividad implica programar los contactos del paciente y sirve de enlace entre los miembros de equipo de salud. Cuando ejecutan las intervenciones, los profesionales de enfermería deben seguir estas pautas:

- Basar las intervenciones de enfermería en el conocimiento científico, la investigación en enfermería y los modelos profesionales de asistencia (práctica basada en la evidencia) cuando esto exista.
- Comprende claramente las intervenciones a poner en marcha y cuestionar las que no se entiendan. El profesional de enfermería es responsable de una aplicación inteligente del plan asistencial médico y de enfermería. Esto exige conocimiento de cada intervención, su objetivo en el plan asistencial del paciente, las contraindicaciones.
- Adaptar las actividades a cada paciente. La creencia, valores, edad, estado de salud y ambiente del paciente son factores que pueden influir en el éxito de una acción de enfermería.
- Ejecutar una asistencia segura, por ejemplo., cuando se cambia un vendaje estéril, el profesional de enfermería practica una técnica estéril para evitar infecciones; cuando administra un medicamento, el profesional de enfermería da la dosis correcta por la vía ordenada.
- Proporcionar educación, apoyo y bienestar
- Ser integral. El profesional de enfermería debe ver siempre al paciente como un todo y considerar las respuestas del este en ese contexto.⁶
- Respetar la dignidad del paciente y potenciar su autoestima. Proporcionar intimidad y animar a las pacientes a tomar sus propias decisiones son formas de respetar la dignidad y de fomentar la autoestima.
- Animar a los pacientes a participar activamente en la aplicación de las intervenciones de enfermería. La participación potencia la sensación de independencia y control del paciente. Pero los pacientes muestran un gran rango diverso de deseo de participación. El grado de participación deseado puede relacionarse con la gravedad de la enfermedad: la cultura del paciente, o el

miedo, la comprensión de la enfermedad y la comprensión de la intervención por parte del paciente.

Supervisión de la asistencia delegada.

Si ha asistencia se ha delegado en otros profesionales de la salud, el profesional de enfermería responsable de la asistencia global del paciente debe asegurarse que las actividades se han ejecutado en función del plan asistencial. Pueden ser necesarios tras cuidadores que comuniquen sus acciones al profesional de enfermería registrándolas en la historia del paciente, informando de ellas verbalmente o rellenando un formulario escrito. El profesional de enfermería valida y responde de cualquier observación adversa o respuesta del paciente. Esto puede implicar la modificación del plan asistencial de enfermería.

Registro de las actividades de enfermería.

Tras llevar acabo las actividades de enfermería el profesional de enfermería completa la fase de aplicación registrando las intervenciones y respuestas de los pacientes en las notas del progreso de enfermería.

Estas no son partes del registro permanente de la institución sobre el paciente. La asistencia de enfermería no debe registrarse antes de hacer porque el profesional de enfermería puede determinar al volver a valorar al paciente que la intervención no debe o no puede realizarse.

EVALUACIÓN.

Definición:

Se considera una etapa con fines didácticos se revisa como la quinta, pretende determinar el logro de los objetivos, las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. La evaluación es compleja se inicia en el momento en que el profesional de enfermería interacciona (Iyer, 1997:278) con la persona, la familia o a la comunidad; la evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermeras con los resultados esperados establecidos durante la planificación.

La evaluación crítica (evaluación cuidadosa, deliberada y detallada de diversos aspectos de los cuidados de la persona) es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados. Puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinadas a repetir los errores y prácticas de cuidado seguras, eficientes y en constante mejor. También la evaluación proporciona constante mejora. También la evaluación proporciona retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción de individuo y maximizar el valor de la provisión de cuidados (Alfaro, 2005:190) ³

Proceso de evaluación de las respuestas del paciente.

Antes de la evolución, el profesional de enfermería identifica los resultados deseados (indicadores) que se usaran para medir la consecución de objetos por partes del paciente. (Esto se hace en fase de planificación). Los resultados deseados sirven a dos propósitos: establecen tipo de datos evaluadores que deben recogerse y proporciona un modelo frente al cual juzgar los datos.

Por ejemplo, casos los siguientes resultados esperados, cualquier profesional de enfermería que asista al paciente debería saber que datos recoge:

- La ingestión de área de líquido no debe superar los 2.500 ml

La fase de evaluación tiene 5 componentes la base de datos:

- Recogida de datos relacionados con los resultados deseados (indicadores de la NOC)
- Comparación de los datos con los resultados
- Relación de las actividades de enfermería en los resultados
- Extracción de conclusión sobre el estado del problema
- Continuación, modificación o terminación de plan asistencial.

Recogida de datos.

Al usar resultados deseados claramente establecidos, precisos y medibles como guía, el profesional de enfermería recoge datos de manera que puedan extraerse conclusiones sobre qué objetivos sean cumplidos. Suele ser necesario recoger datos objetivos y subjetivos. Algunos datos exigen interpretación. Ejemplo de datos objetivos que precisan interpretación son grado de turgencia tisular de un paciente deshidratado o con un paciente con dolor.

Ejemplo de datos subjetivos que necesita interpretación son las náuseas o el dolor que refiere el paciente cuando se interpretan los datos subjetivos el profesional de enfermería debe apoyarse en las declaraciones del paciente por ejemplo (el dolor es peor ahora que después de desayunar) o indicadores objetivos de los datos subjetivos aunque estos indicadores pueden requerir una interpretación adicional por ejemplo (menor inquietud, reducción del pulso, la frecuencia respiratoria y la relajación de los músculos faciales como indicadores del alivio del dolor (los datos deben recogerse de forma concisa y precisa para facilitar la siguiente fase del proceso de evaluación.

Comparación de los datos con los resultados.

Si las dos primeras partes del proceso de evolución se han resultado con afectación es relativamente sencillo determinar si se ha cumplido con un resultado deseado. La enferma y el enfermero desempeñan un papel activo y la comparación entre las respuestas reales del paciente y los resultados deseados.

1. El objetivo se cumplió; es decir la respuesta del paciente es la misma que el resultado deseado
2. El objetivo se cumplió parcialmente; es decir, sea conseguido un resultado a corto plazo, pero no el objetivo a largo plazo, o el objetivo de largo plazo no se consigue de manera completa
3. No se cumplió el objetivo

Tras determinar si se ha cumplido o no el resultado, la enfermera escribe una declaración evaluadora (el plan asistencial o en las notas de enfermería).⁶

Relación de las actividades de enfermería con los resultados.

La tercera fase de proceso de evaluación es determinar si la actividad de enfermería tenía alguna relación con los resultados. Nunca debe suponerse que una actividad de enfermería sea la causa o el único factor de la consecución total, la consecuencia parcial o la consecución de un objetivo.

Extracción de conclusiones sobre el estado de problema.

El enfermero (a) usa el juicio sobre la consecución del objetivo para determinar si el plan asistencia fue eficaz para resolver, reducir o evitar los problemas del paciente. Cuando los objetivos sean cumplidos, el profesional de enfermería puede extraer una de las siguientes conclusiones del estado sobre el estado del paciente:

- El problema real establecido en el diagnóstico de enfermería sea resuelto, o el posible problema sea evitado y ya no existe factores de riesgo. En estos casos el profesional de enfermería registra los objetivos sea cumplido y suspende la asistencia para el problema.
- Cuando los objetos sean cumplidos parcialmente o cuando no sean cumplido se puede extraer otra conclusión:
- El plan asistencial debe revisarse ya que el problema solo sea resuelto parcialmente. Las revisiones pueden ser necesarias durante las fases de valoración, diagnóstico, planificación y aplicación.⁴

Continuación, modificación o terminación de plan asistencial de enfermería.

Tras extraer conclusiones sobre el estado de los problemas del paciente el profesional de enfermería modifica el plan asistencial tal como se ha indicado. Dependiendo de la institución, las modificaciones pueden hacerse trazando una línea a través de partes del plan asistencial, el objetivo conseguido o problema resuelto. Se cumplen o no los objetivos, hay que tomar varias decisiones sobre continuar, modificar o terminar la asistencia de cada problema.⁸

⁸ Audrey B. Fundamentos de enfermería Kozier y Erb. 92nd ed.: Pearson; 2013. p. 201-204.

4.5 LA PERSONA.

El hombre como todos los seres vivos está constantemente sometido a la variación en tal forma que sus características fisiológicas, psicológicas e inmunológicas no admiten un modelo fijo. Existe una variación de lo normal respecto a todas las funciones fisiológicas medibles, así como los estados físicos, mentales y emocionales no medibles.

Enfermería debe comprender los cambios de la persona que se están produciendo para poder adaptarse mejor a las necesidades que van surgiendo, tanto profesionales como de la comunidad a la que brinda sus cuidados. La persona forma parte del metaparadigma enfermero, entendiéndolo como una manera de ver un fenómeno. Comprende un eje central de la visión de la ciencia y de enfermería.

Ha servido de gran ayuda para comprender la evolución de la teoría de la enfermería mediante los modelos paradigmáticos de la ciencia. Estos paradigmas se iniciaron en los años 60s, la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Se establecen tres tipos según la evolución histórica de la profesión los cuales presentan diferentes enfoques según corresponde al esquema planteado.

En el Metaparadigma de categorización la persona es un organismo biológico y centra su visión en la enfermedad. En el de Integración la persona es el centro de la práctica de Enfermería, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante.⁹

En el paradigma de transformación la Enfermería, inspirada en esta nueva situación dinámica, compleja, va experimentando también una transformación que ha desarrollado nuevas concepciones de la disciplina y suponen una orientación de apertura al mundo.⁸

⁹ Ledesma MdC. Fundamentos de enfermería. In Ledesma MdC. Fundamentos de enfermería. México: Limusa; 2012. p. 45-46

La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio. La comprensión de la enfermera de este desarrollo proporciona una perspectiva única para ayudar a los adolescentes y a los padres a anticipar y afrontar el estrés de la adolescencia.

La adolescencia.

La adolescencia es el periodo durante el cual el individuo hace la transición de la niñez a la edad adulta, en este caso será manejado de los 10 a los 18 años. El término adolescencia se refiere normalmente a la madurez psicológica del individuo, mientras que la pubertad se refiere al momento en que la reproducción llega a ser posible. Los cambios hormonales de la pubertad tienen como consecuencia la capacidad de hacer hipótesis y tratar con la abstracción. Son necesarios ajustes y adaptaciones para afrontar estos cambios simultáneos e intentar establecer un sentido de libertad madura.⁸



FUENTE: GOOGLE IMÁGENES

⁸Ibidem p.52.

4.5.1 CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES.

Características físicas.

Los cambios físicos ocurren rápidamente en la adolescencia. La madurez ocurre con el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias. Los cuatro focos principales de cambios son:

1. Aumento de la velocidad de crecimiento del esqueleto, los músculos y las vísceras.
2. Cambios específicos del sexo como cambios en la anchura de los hombros..
3. Cambio en la distribución del musculo y la grasa.
4. Desarrollo del sistema reproductivo y características sexuales secundarias

Crecimiento físico.

El crecimiento físico continúa durante toda la adolescencia. En los chicos es más rápido a los 14 años, aproximadamente, y alcanza su altura máxima a los 18 o 19 años. Algunos varones crecen 1 o 2 cm más en la tercera década porque la columna vertebral sigue creciendo gradualmente. Existen muchos factores que influyen en su crecimiento físico durante la adolescencia, como lo factores hereditarios, la nutrición, la asistencia de la salud, las enfermedades, el entorno físico y emocional, el tamaño de la familia y la cultura.

El crecimiento se aprecia primero en el sistema musculo esquelético. Este crecimiento sigue un patrón secuencial: primero crece la cabeza, las manos y los pies hasta llegar a su tamaño adulto, y después las extremidades alcanzan su tamaño del adulto. Puesto que las extremidades crecen antes que el tronco, los adolescentes parecen torpes y descoordinados. Una vez que el tronco termina de crecer, crecen los hombros, el pecho y las caderas. Las proporciones del cráneo y los huesos faciales también cambian: la frente se hace más prominente y las mandíbulas se desarrollan.⁸

Cambios glandulares.

Existe, entre sexos y dentro del mismo sexo, una amplia variedad en el ritmo de los cambios físicos asociados con la pubertad. Las chicas tienden a comenzar sus cambios físicos aproximadamente 2 años antes que los chicos, normalmente entre los 11 y los 14 años (Santrock, 2009). Las velocidades de los cambios de la altura y del peso son normalmente proporcionales, y la secuencia de los cambios del crecimiento de la pubertad es la misma en la mayoría de los individuos.

Los cambios hormonales dentro del cuerpo crean cambios cuando el hipotálamo comienza a producir hormonas de liberación de gonadotropina, que estimulan las células de los ovarios para producir estrógeno y estimulan las células de los testículos para producir testosterona. Estas hormonas contribuyen al desarrollo de las características sexuales secundarias, como el crecimiento del vello y los cambios de la voz, y se desempeñan un papel esencial en la reproducción. Las concentraciones variables de estas hormonas también están vinculadas al acné y al olor corporal.

Los chicos que maduran más pronto son más equilibrados, relajados, amables, competentes en actividades atléticas y más probablemente líderes en la escuela que los chicos que maduran más tarde. En contraste, las chicas que maduran más pronto están menos satisfechas con sus figuras al llegar a la adolescencia tardía. La razón de esto es que las chicas que maduran antes tienen a ser más bajas y algo más gruesas que las que maduran más tarde, las cuales tienen a ser más altas y más delgadas (Santrock, 2008). Ser como sus iguales es extremadamente importante para las adolescentes.⁸

⁸Ibidem p.53.

Caracteres sexuales.

Durante la pubertad se desarrollan los caracteres sexuales primarios y secundarios. Los caracteres sexuales primarios se relacionan con los órganos para la reproducción, como los testículos, el pene. Los caracteres sexuales secundarios hacen que los chicos y las chicas se diferencien, pero no se relaciona directamente con la reproducción. Por ejemplo, el crecimiento del vello púbico, el desarrollo del pecho y los cambios de la voz.

En los hombres, el primer signo evidente de que la pubertad ha empezado es la aparición de vello púbico y el aumento del tamaño de los testículos y el escroto. Se considera que el acontecimiento más importante de la pubertad masculina es la primera eyaculación, que suele producirse a los 14 años, aproximadamente. La fertilidad aparece varios meses después. La madurez sexual alcanza a los 18 años.

Según Erikson, la tarea psicológica del adolescente consiste en establecer su identidad. Lo peligroso de esta etapa es la confusión del rol. La incapacidad para establecer una identidad laboral suele preocupar mucho a los adolescentes. También pueden tener duda sobre su identidad sexual, aunque es menos frecuente. Debido a los cambios físicos tan impresionantes que experimentan los adolescentes, es difícil para ellos desarrollar una identidad estable. Erikson afirma que los adolescentes se ayudan unos a otros en esta crisis de identidad formando pandillas y una cultura juvenil independiente. Estas pandillas suelen excluir a los que son diferentes por el color de su piel, su entorno cultural, su forma de vestir, su forma de expresarse y sus gustos. Generalmente, los adolescentes se interesan en su cuerpo, su aspecto y sus habilidades físicas. La forma de peinarse, cuidar la piel y la ropa se vuelven muy importantes. Los miembros de una pandilla de adolescentes pueden ser muy cerrados y crueles al excluir a los que no pertenecen a su grupo: esta intolerancia es una defensa temporal contra la confusión de la identidad (Erikson, 1968, p.236).⁸

Características Psicológicas.

En la búsqueda una nueva identidad, los adolescentes tiene que volver a procesar muchas de las fases anteriores de desarrollo. La tarea de desarrollar la confianza en uno mismo y en los demás reaparece cuando los adolescentes buscan personas en las que confían e intentan demostrar que son dignos de confianza. El desarrollo de la autonomía vuelve a entrar en escena cuando buscan una forma para expresar su derecho a elegir libremente. La búsqueda de una función laboral que les permita expresar una orientación autónoma, elegida libremente, la elección libre y la autonomía suponen un conflicto para los adolescentes. Pueden surgir conflictos entre comportarse bien a los ojos de los padres y hacerlo de una manera que conduzca a la aceptación de los compañeros. También reaparece la sensación de iniciativa. Los adolescentes tienen una imaginación y ambición ilimitadas y aspiran a conseguir grandes logros. El sentido de laboriosidad renace cuando el adolescente escoge una carrera. El grado de éxito en que hayan conseguido las tareas de las fases anteriores influye en la capacidad del adolescente para desarrollar un autoconcepto y una identidad propia. El adolescente necesita establecer un auto concepto que acepte tanto sus defectos como sus virtudes personales. Muchos adolescentes tienen una dificultad temporal para desarrollar una imagen de sí mismos positiva. Esto se debe a los cambios espectaculares de su estructura y funcionalidad física, así como unas expectativas demasiado altas para asumir responsabilidades. Generalmente los adolescentes que son aceptados, queridos, y valorados por su familia y sus iguales tienden a adquirir confianza y buenos sentimientos hacia ellos mismo.⁸

⁸Ibidem p.55.

Identidad sexual.

Los cambios de la pubertad mejoran el logro de la identidad sexual. La evidencia física de la madurez alienta el desarrollo de conductas masculinas y femeninas. Si estos cambios físicos implican desviaciones, la persona tiene más dificultad en desarrollar una identidad sexual cómoda. Los adolescentes dependen de estas señales físicas porque quieren confirmación de su masculinidad o feminidad y no desean ser diferentes de sus iguales. Sin estas características lograr la identidad sexual es difícil.

Identidad en el grupo.

Los adolescentes buscan identidad con el grupo porque necesitan estima y aceptación. Los semejantes en el vestir o en el hablar son normales en los grupos adolescentes un sentimiento de pertenencia, aprobación y la oportunidad de aprender conductas aceptables. La popularidad con los iguales del sexo opuesto o del mismo sexo es importante. La fuerte necesidad de la identidad con el grupo parece estar a veces en conflicto con la brusquedad de la identidad personal. Es como si los adolescentes necesitaran vínculos estrechos con sus iguales de manera que logren más tarde un sentido de individualidad.

Identidad familiar.

El movimiento hacia relaciones más fuertes con los iguales se contrasta con los movimientos de los adolescentes para alejarse de los padres. Los jóvenes pueden parecer hostiles o deprimidos algunas veces. A esta edad, los adolescentes prefieren estar con sus iguales en vez de con sus padres y pueden pedir consejo a otros adultos que no sean sus padres. En esta etapa del desarrollo los padres suelen sentirse desconcertados, en vez de reducir el control, lo aumentan, lo que hace que el adolescente se rebele. Los adolescentes también tienen que resolver sus sentimientos con su progenitor del sexo opuesto. Como parte de la solución, los adolescentes pueden sentir una atracción breve hacia adultos que no pertenecen a la familia (profesor, vecinos).

Características sociales.

Según Kohlberg, el adolescente joven suele estar en el nivel convencional de desarrollo moral. La mayoría sigue aceptando la regla de oro y quiere atenerse al orden social y a las leyes existentes. Los adolescentes examinan sus valores, sus normas y sus reglas morales. Pueden descartar los valores de sus padres que habían adoptado a favor de otros valores que consideran más adecuado. Cuando los adolescentes avanzan hacia el nivel posconvencional de los principios, empiezan a cuestionarse las reglas y las leyes de la sociedad. La forma de pensar y la forma de actuar correctas se convierten en una cuestión de valores y opiniones, que pueden entrar en conflicto con las leyes sociales. Los adolescentes consideran la posibilidad de cambiar racionalmente las leyes y dar más importancia a los derechos individuales. No todos los adolescentes, o incluso los adultos, llegan a alcanzar este nivel posconvencional.

Desarrollo espiritual.

Según Fowler, los adolescentes y los adultos jóvenes a la fase convencional o de síntesis del desarrollo espiritual. Cuando los adolescentes se encuentran con distintos grupos de la sociedad, entran en contacto con una gran variedad de opiniones, creencias y conductas en relación con los temas religiosos. Los adolescentes pueden reconciliar estas diferencias de una de las siguientes formas:

- Decidiendo que todas las diferencias son incorrectas
- Dividiendo las diferencias en comportamientos (p.ej., un amigo no puede ir a bailar los viernes por la noche debido a sus creencias religiosas, pero puede realizar actividades juntos otros días.)
- Pidiendo consejo a otra persona que sea importante para él, como los padres o un sacerdote.
- Los adolescentes suelen pensar que las distintas creencias prácticas religiosas tienen más similitudes que diferencias.⁸

⁸Ibidem p.57.

4.5.2 ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES.

Los **adolescentes** se enfrentan a un gran número de riesgos de salud mientras pasan por el intrincado proceso de convertirse en adultos jóvenes.

Datos y cifras

- Las lesiones por accidentes de tránsito fueron la principal causa de mortalidad en 2012, con 330 adolescentes muertos al día.
- Otras de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes son el VIH, el suicidio, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y la violencia interpersonal.
- Cada año se registran en el mundo 49 nacimientos por cada 1000 chicas de 15 a 19 años.
- La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años, pero la mayoría de los casos no se detectan ni son tratados.

Aproximadamente uno de cada seis habitantes del mundo es un adolescente, lo que significa que 1200 millones de personas tienen entre 10 y 19 años.

La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad y la morbilidad entre los adolescentes siguen siendo elevadas. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol o tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y/o la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de años posteriores e incluso la salud de sus futuros hijos.

Fomentar prácticas saludables durante la adolescencia y adoptar medidas para proteger mejor a los jóvenes contra los riesgos sanitarios es fundamental para la prevención de problemas de salud en la edad adulta y para la futura infraestructura de salud y social de los países.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.

Embarazos y partos precoces.

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo.

Aproximadamente el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial corresponden a mujeres de 15 a 19 años y la mayor parte de ellos se registra en países de ingresos bajos y medianos. Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 muestran que la tasa mundial de natalidad de las muchachas de esa edad asciende a 49 por 1000 y, en función de los países, oscila entre 1 y 229 por 1000. Esas cifras indican un marcado descenso desde 1990, que se refleja asimismo en la disminución de las tasas de mortalidad materna de las mujeres de 15 a 19 años.

Una de las metas específicas del Objetivo de Desarrollo Sostenible relacionado con la salud (ODS 3) consiste en garantizar, de aquí a 2030, el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. Con miras a ello, uno de los indicadores propuestos con respecto a la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente es la tasa de natalidad entre las adolescentes.

La ampliación del acceso a información y servicios de anticoncepción puede hacer que disminuya el número de jóvenes que quedan embarazadas y dan a luz a una edad demasiado temprana. También puede ser útil adoptar y hacer aplicar leyes que prohíban contraer matrimonio antes de los 18 años.

Las jóvenes que quedan embarazadas deben poder recibir una atención prenatal de calidad. Cuando la ley lo permita, las embarazadas que decidan poner término a su embarazo han de tener acceso a un aborto seguro.⁸

VIH.

Más de dos millones de adolescentes viven con el VIH. Aunque el número total de muertes relacionadas con el VIH ha disminuido un 30% con respecto al nivel máximo registrado en 2006, las estimaciones disponibles indican que las defunciones por VIH entre los adolescentes están creciendo. Ese aumento, registrado principalmente en la Región de África de la OMS, puede deberse a que, a pesar de ser mayor el número de niños con VIH que sobreviven y llegan a la adolescencia, no todos reciben entonces la atención y el apoyo que necesitan para mantenerse sanos y prevenir la transmisión. En el África subsahariana solo el 10% de los varones y el 15% de las mujeres de 15 a 24 años conocen su estado serológico.

Una de las metas específicas del ODS relacionado con la salud (ODS 3) consiste en poner fin, de aquí a 2030, a las epidemias de sida, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. Habida cuenta de su alta tasa de incidencia, para ello será necesario que los esfuerzos de control se centren en los adolescentes.

Los jóvenes tienen que saber cómo protegerse y disponer de los medios para ello. Entre otras cosas, han de poder conseguir preservativos para evitar la transmisión del virus, y agujas y jeringuillas limpias en el caso de los consumidores de drogas inyectables. También se precisa un mayor acceso a pruebas de detección del VIH y asesoramiento sobre el tema, así como el establecimiento subsiguiente de vínculos más estrechos entre las personas que dan positivo en las pruebas de detección del VIH y los servicios de tratamiento del virus.

Salud mental.

La depresión es la principal causa de morbilidad y discapacidad entre los adolescentes y el suicidio es la tercera causa de defunción. La violencia, la pobreza, la humillación y el sentimiento de desvalorización pueden aumentar el riesgo de padecer problemas de salud mental.

Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. Si surgen problemas, deben ser detectados y manejados por trabajadores sanitarios competentes y con empatía.

Violencia.

La violencia es una causa importante de mortalidad. Se calcula que todos los días mueren 180 adolescentes como consecuencia de la violencia interpersonal. Aproximadamente una de cada tres defunciones de varones adolescentes registradas en países de ingresos bajos y medianos en la Región de las Américas de la OMS se debe a la violencia. A nivel mundial, el 30% de las mujeres de 15 a 19 años sufren violencia por parte de su pareja. Fomentar relaciones de atención y cariño entre padres e hijos en una etapa temprana de la vida, propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida y reducir el acceso al alcohol y las armas de fuego puede contribuir a prevenir la violencia. Asimismo, ofrecer a los jóvenes supervivientes de actos de violencia una atención eficaz y empática puede ayudarlos a superar las secuelas físicas y psicológicas.

FUENTE: IMÁGENES GOOGLE



Alcohol y drogas.

El consumo nocivo de alcohol entre los adolescentes preocupa cada vez más a muchos países, ya que reduce el autocontrol y aumenta los comportamientos de riesgo, como las relaciones sexuales no protegidas o comportamientos peligrosos en la carretera. Es una de las principales causas de lesiones (incluidas las provocadas por accidentes de tránsito), violencia (especialmente por parte de la pareja) y muertes prematuras. Además, puede provocar problemas de salud en una etapa posterior de la vida e influir en la esperanza de vida.

Fijar una edad mínima para comprar y consumir alcohol y regular la forma en que se promocionan las bebidas alcohólicas para el mercado de los jóvenes son algunas de las estrategias que pueden ayudar a reducir el consumo nocivo de alcohol. El consumo de drogas entre los jóvenes de 15 a 19 años también es preocupante.

Traumatismos.

Las lesiones involuntarias son una de las principales causas de mortalidad y discapacidad entre los adolescentes. En 2012, unos 120 000 adolescentes murieron como resultado de accidentes de tránsito. Los jóvenes conductores necesitan asesoramiento sobre seguridad vial, y al mismo tiempo hay que aplicar con rigor las leyes que prohíben conducir bajo los efectos del alcohol y las drogas. Es preciso asimismo fijar unas tasas de alcoholemia más bajas para los conductores adolescentes y se recomienda establecer permisos progresivos para conductores noveles con tolerancia cero para el alcohol al volante.

Los ahogamientos son también una de las principales causas de mortalidad entre los adolescentes. Así, en 2012 murieron ahogados 60 000 adolescentes, de los que dos terceras partes eran varones. Por tanto, una intervención útil para prevenir esto es enseñar a los niños y los adolescentes a nadar.

Malnutrición y obesidad.

Muchos niños y niñas de países en desarrollo padecen desnutrición cuando llegan a la adolescencia, lo que los hace más propensos a contraer enfermedades y morir a una edad temprana. El número de adolescentes con exceso de peso u obesidad está aumentando tanto en los países de ingresos bajos como altos.

Actividad física y nutrición.

Los datos de encuestas disponibles indican que menos de uno de cada cuatro adolescentes sigue las directrices recomendadas sobre actividad física, que consisten en hacer ejercicio de moderado a intenso todos los días durante 60 minutos.

La anemia provocada por la falta de hierro afecta tanto a las niñas como a los niños y es la tercera causa de años perdidos por muerte y discapacidad. Los suplementos de hierro y ácido fólico ayudan a mejorar la salud antes de que los adolescentes se conviertan en padres, y se recomienda administrar regularmente a los adolescentes un tratamiento vermífugo en aquellas zonas con presencia frecuente de helmintos intestinales, como los anquilostomas.

Desarrollar en la adolescencia unos buenos hábitos de alimentación sana y ejercicio físico es fundamental para gozar de una buena salud en la edad adulta. Asimismo, reducir la comercialización de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal, y ofrecer acceso a alimentos sanos y oportunidades de hacer ejercicio son medidas importantes para todos, pero en particular para los niños y los adolescentes.¹⁰

¹⁰ OMS. OMS: ADOLECNETES, RIESGOS PARA LA SALUD. [Online].; 2006 [cited 2017 Enero 13. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/.

4.5.2 DESCRIPCIÓN DEL PADECIMIENTO.

OBESIDAD.

Aun no existe una definición de la obesidad, el trastorno nutricional más frecuente en los países desarrollados y que muestra una tendencia creciente, y, asimismo, aún permanecen múltiples puntos oscuros en su patogenia. A lo largo de la historia, la obesidad ha sido interpretada de forma diferente, desde los tiempos primitivos, en los que la obesidad constituida un símbolo de maternidad y fertilidad, hasta la época griega en la que Hipócrates la considero ya una enfermedad, y en la que muchos autores posteriores han tratado de buscar una etiología.

En un principio (siglo XVIII) el sobrepeso y la obesidad eran indicativos de éxito social y personal, así como de sensualidad y belleza, indicando buena posición socioeconómica. Poco a poco, este concepto fue cambiando hasta llegar, en el siglo XIX, al rechazo y discriminación siendo la extrema delgadez el símbolo del éxito socioeconómico. En 1989 las formas redondeadas eran menos valoradas en sociedades avanzadas que en las menos desarrolladas. En el siglo XX surge el modelo de extrema delgadez en los países desarrollados, afectando principalmente a las mujeres, que se incorporan de manera más relevante a la vida social. Durante mucho tiempo, el tratamiento de la obesidad, sólo han sido considerados los términos “gordo” (de abultadas carnes u “obeso”) (dicho de una persona: excesivamente gorda), no siendo considerada como una patología con importantes aspectos psicológicos, que influyen en el comportamiento de las personas obesas y, por tanto, en la eficacia del tratamiento. Los fuertes criterios estéticos, que son mostrados en la pintura, la historia y la literatura, han ayudado a que la obesidad no haya sido considerada como enfermedad durante siglos, formando parte de este concepto sólo las consecuencias del exceso de peso. ¹¹

¹¹ Godoy SAS. Cultura y seguridad alimentaria: enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (Hermosillo, Mexico): illustrated; 2008

Concepto.

La obesidad y el sobrepeso es multifactorial por esa razón es indispensable revisar distintos conceptos con la finalidad de entender mejor la problemática.

1. La obesidad se define como la acumulación en el cuerpo de masa grasa en exceso (cantidades superiores a las encontradas en individuos que mantienen el balance energético).¹
2. Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual 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/m².²
3. Sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.¹²
4. La obesidad es una afección grave que puede producir complicaciones; entre otras, síndrome metabólico, presión arterial alta, aterosclerosis, enfermedad del corazón, diabetes, niveles elevados de colesterol en sangre, distintos tipos de cáncer y trastornos del sueño.¹³

Son términos que se utilizan para hacer referencia a rangos de peso que están por encima de lo que en general se considera saludable para una estatura determinada. Estos rangos de peso aumentan la posibilidad de una persona contraiga ciertas enfermedades y otros problemas de salud.¹⁴

¹² Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. [Online].; 04/08/2010 [cited 2017 Enero 21. Available from: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226. (12)

¹³ National Institutes of Health. National Institutes of Health. [Online].; 2017 [cited 2017 Abril 25. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/sites/all/themes/nhlbi/logo.png>

¹⁴ Enfermedades Cpecypd. Centro para el control y prevención de enfermedades. [Online].; 19 de septiembre de 2014 [cited 2017 Enero 28. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/disabilityandhealth/healthyliving.html>. (14)

EPIDEMIOLOGIA

La obesidad es una enfermedad que en los últimos años ha aumentado su prevalencia e incidencia, se compara a los países desarrollados y en vías de desarrollo. La Encuesta Nacional de Salud arroja los siguientes datos de prevalencia en el continente americano y países europeos

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN AMERICA Y EUROPA							
EE. UU	Canadá	España	Países Europeos	LATINOAMERICA			
				Chile	Brasil y Honduras	Uruguay, Colombia y Perú	República Dominicana, Guatemala y Bolivia
33%	23%	13%	20- 30%	23.25%	25%	25-30%.	30%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Cuadro 1

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MEXICO

Se realizó una evaluación de 5 a 11 años en el ámbito nacional sobre su estado nutricional en el ámbito nacional donde se aprecia que ha aumentado los niveles de sobrepeso y obesidad independientemente si es en una zona rural u urbana sin distinción de sexo, se ve una tendencia a seguir elevándose y los grupos de edad 5 a 11 años para el 2016.

PREVALENCIA NIÑOS Y NIÑAS DE 5-11 AÑOS EN EL ÁMBITO NACIONAL											
Año	Sobrepeso y Obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Rural		Urbano		Femenino		Masculino	
				S	O	S	O	S	O	S	O
2012	34.4%	19.8%	14.6%	16.2%	9.8%	21.1%	16.3%	20.2%	11.8%	19.5%	17.4%
2016	33.2%	17.9%	15.3%	16.5%	12.5%	16.2%	18.5%	20.6%	12.2%	15.4%	18.6%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Sobrepeso:S Obesidad:O Cuadro 2

La evaluación del estado nutricional de la población de 12-19 años en adolescentes en el ámbito nacional. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en la población adolescente fue de 36.3%, 1.4 puntos porcentuales superior a la prevalencia en 2012 34.9%. A pesar de la tendencia de aumento, el intervalo de confianza de la prevalencia en 2016 contiene el valor de la media en 2012, por lo que no es posible concluir que hubo aumento en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad entre 2012 y 2016.

La prevalencia de sobrepeso fue de 22.4% y de obesidad de 13.9%. La prevalencia de sobrepeso en adolescentes de sexo femenino en 2016 es 2.7 puntos porcentuales superior a la observada en 2012. Esta diferencia es estadísticamente significativa, el sobrepeso en las mujeres fue mayor con 26.4% al observado en los hombres de 18.5%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 2016 en hombres fue de 33.5% y en mujeres de 39.2%. En 2012, estas cifras fueron 34.1% y 35.8%, respectivamente. Así mismo, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes en las localidades urbanas disminuyó de 37.6% en 2012 a 36.7% en 2016. En localidades se observa un aumento de 8.2 puntos porcentuales el cual es estadísticamente significativo.¹⁵

PREVALENCIA EN ADOLESCENTES DE 12-19 AÑOS EN EL ÁMBITO NACIONAL											
Año	Sobrepeso y obesidad	Sobrepeso	Obesidad	Rural		Urbano		Femenino		Masculino	
				S	O	S	O	S	O	S	O
2012	34.9%	23.45%	13.3%	18.8%	8.0%	22.5%	15.1%	27.3%	12.1%	19.6%	14.5%
2016	36,3%	22.45%	13.9%	23.7%	11.3%	22.0%	14.7%	26.4%	12,8%	18.5%	15.0%

Fuente Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Sobrepeso:S Obesidad:O Cuadro 3

¹⁵ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. [Online].; 2016 [cited 2017 junio 15. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La etiología de la obesidad exógena es la hiperfagia, el exceso de apetito influyen diversos factores que van desde el placer de comer en tragones compulsivos, irrefrenables, hasta reacciones a situaciones de frustración y ansiedad. Con frecuencia hay antecedentes semejantes, hábitos de culto a la comida, vida sedentaria etc.

La patogenia está en que se ingieren muchas más calorías que las gastadas en el metabolismo basal. Aunque en ocasiones se encuentran ligeros signos de hipercorticismismo e hiperinsulinismo, está demostrado que estas alteraciones, no son la causa, sino la consecuencia de la obesidad, ya que desaparecen tan pronto como el niño adelgaza.

Diagnóstico diferencial

Hay que establecerlo con las obesidades endógenas, especialmente con los siguientes síndromes:

Prade Willi

Se caracteriza por hipotonía severa y dificultades para la succión y alimentación en la infancia temprana, obesidad mórbida de inicio en la infancia y secundaria a hiperfagia, retraso mental y comportamiento distintivo, tanto en varón como en la mujer, hipoplasia de genitales, desarrollo puberal incompleto e infertilidad. Presentan talla baja, manos y pies pequeños.

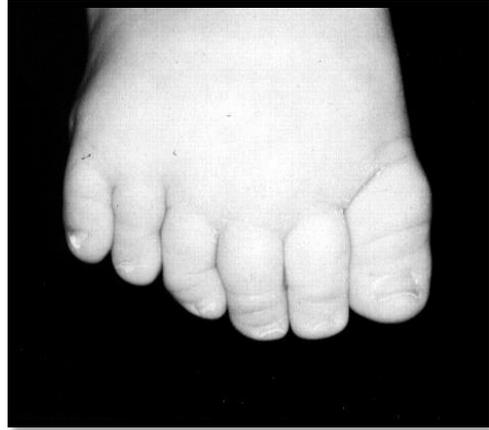


Las complicaciones asociadas a la obesidad son la principal causa de morbimortalidad

Hipercorticismismo: Conjunto de trastornos debidos a una secreción excesiva de hormonas por la glándula suprarrenal. Esta hipersecreción puede deberse a la estimulación de la corteza suprarrenal por la hipófisis anterior o un proceso autónomo localizado en la propia corteza suprarrenal.

Bardet- Biedll

Prevalencia 1/100,000 tiene un modo de herencia autonómica recesiva y las manifestaciones clínicas son obesidad trófica, distrofia de conos y bastones, polidactilia postaxial, alteraciones congénitas, alteraciones renales e hipogonadismo hipogonodotrofico en el varón. En la mujer se



presentan malformaciones genitourinarias. Al nacimiento, el peso es normal, pero comienza a ganar peso rápidamente en el primer año de vida. La principal causa de morbimortalidad es la disfunción renal.

Frolich-Babinosky

Síndrome adiposo genital (Battels, 1908); síndrome hipofisario adiposo genital (Launois y Cléret, 1910). Síndrome constituido por la asociación de una obesidad considerable, predominante en el tronco y en la raíz de los miembros, y de una distrofia genital que, en el individuo joven, se traduce por la detención del desarrollo de los órganos sexuales, y en el adulto por amenorrea en la mujer, impotencia en el hombre, y en ambos sexos por la alteración e incluso la inversión de los caracteres sexuales secundarios. Este síndrome está ligado a una lesión de la hipófisis (infección; encefalitis, sífilis, raramente tumor: adenoma cromófobo de la hipófisis, craneofaringioma).



Síndrome de Cushing

Se conoce como Síndrome de Cushing a un trastorno producido cuando el cuerpo se expone a niveles muy altos de cortisol durante un período prolongado. Es causado por la exposición prolongada a un exceso de cortisol, una hormona producida por las glándulas adrenales. Algunas veces, tomar medicinas con hormonas sintéticas para tratar una enfermedad inflamatoria conduce al síndrome de Cushing. Ciertos tipos de tumores producen una hormona que puede hacer que el cuerpo produzca demasiado cortisol.

Algunos síntomas son:

Fatiga, osteoporosis, presión arterial alta, rubor, sudoración excesiva o vello excesiva, acné, capa de grasa anormal entre los omóplatos, debilitamiento, estrías u oscurecimiento de la piel, debilidad muscular o pérdida de músculo, ansiedad, aumento de peso, cara redonda por hinchazón gradual, caída del cabello, depresión, dolor de cabeza, grasa abdominal, hinchazón en las extremidades, infertilidad, insomnio o irritabilidad.¹⁶



FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

FACTORES DE RIESGO

Se describen brevemente los principales factores de riesgo asociados a la obesidad infantil. El aumento en la prevalencia e incidencia ante esta condición la coloca como un problema grave de salud pública que se asocia a enfermedades crónico-degenerativas y altos costos en su manejo, debido a que hasta el 80% de los niños obesos permanecerán obesos en la adultez.

La obesidad es como ya se ha mencionado, una enfermedad multifactorial y compleja, se ve reflejado a partir de ciertos factores entre los cuales encontramos:

- 1. Factores Biológicos**
- 2. Factores Conductuales**
- 3. Factores Demográficos Y Socioculturales**
- 4. Factores Ambientales**
- 5. Factores Económicos**

1. Factores Biológicos.

Peso al nacimiento y rebote de adiposidad.

El tejido adiposo, además de considerarse una reserva energética, es un tejido metabólicamente activo ya que los adipocitos sintetizan citosinas y otros factores que regulan procesos fisiológicos involucrados en el metabolismo de los hidratos de carbono y lípidos, así como en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus. La grasa magra es el componente más variable de la composición corporal, y los rangos entre individuos varían un 60% de peso corporal total. En escolares de México se encontró que el peso elevado al nacer mayor a 3,900 g se relacionaba positivamente con el riesgo de presentar obesidad en edad escolar. Se ha demostrado que la desnutrición in útero o durante los primeros años de vida se asocia con riesgo de sobrepeso y en especial con la distribución de grasa visceral en la adultez, debido a que la deficiencia de energía en estas etapas programa al individuo hacia un metabolismo ahorrador.

2. Factores Conductuales

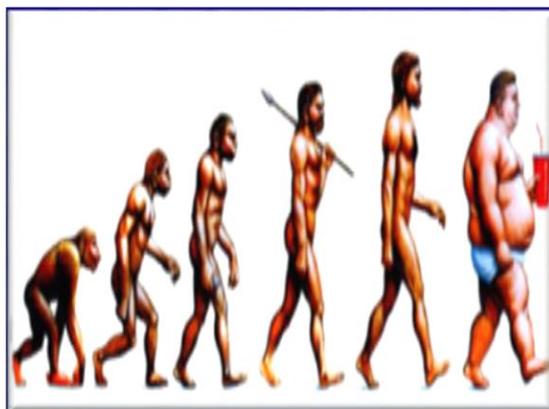
Los comportamientos y actitudes que tiene cada individuo no pueden desligarse de la influencia familiar y de la sociedad en la que vive. Los alimentos del niño obeso se caracterizan por comida o colaciones nocturnas, alimentos con densidad energética elevada, ayunos prolongados, con frecuencia no desayunan, comen sin hambre posiblemente por depresión, angustia, fatiga o aburrimiento. La relación alimentaria se encuentra alterada debido a que durante los tiempos de comida la madre y sus hijos no establecen interacción, no respetan horarios, ni se les pone atención, se les ofrecen alimentos altos en lípidos e hidratos de carbono refinados, se premia o se castiga con alimentos, la madre decide que, como, donde se come, y los niños pocas veces controlan cuanto van a comer.

Culturalmente estamos acostumbrados a obtener el mayor valor posible por nuestro dinero, generando un incremento en la oferta y selección de porciones grandes, que incrementen el riesgo de obesidad.

La dieta

Los principales aspectos relacionados con la elección de los alimentos son:

El sabor, la percepción del valor del alimento, comodidad y el valor nutritivo, la importancia que las personas dan a cada uno de estos atributos varía según el nivel socioeconómico al que pertenece, en el nivel más bajo suele dársele mayor peso a la percepción del valor o precio del alimento, mientras que aquellos con mayores posibilidades económicas le dan más importancia al valor nutritivo.



3. Factores Demográficos Y Socioculturales

El incremento en la popularidad de la comida rápida y el comer fuera del hogar se debe, en parte, a que cada vez más mujeres se han incorporado a la fuerza laboral y cuentan con menos tiempo disponible para actividades relacionadas con la preparación de los alimentos. Debido a las nuevas prácticas de cultivo, los subsidiarios y las innovaciones en el procesamiento, en empaque, preservación y refrigeración, existe un incremento en la variedad de alimentos disponibles, sobre todo lo que se consume fuera del hogar o que no requiere tiempo en su preparación. Datos del INEGI reportan que en México las mujeres en 1995 realizaban 45.08 horas/semana de trabajos domésticos, de los cuales al menos 10.3 horas eran para cocina, y en 1999 había disminuido a 43.13 horas/semana. La gran transformación de los roles familiares, el ambiente escolar tiende a ocupar un lugar preponderante en materia de alimentación. El sobrepeso y la obesidad en los padres es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de obesidad en los niños. El estilo de vida, los hábitos de alimentación y de actividad física de la familia, así como las preferencias de alimentos también influyen ya que los padres funcionan como un modelo a seguir. La madre obesa tiende a proporcionar raciones de alimentos mayores de las que los niños y adolescentes necesitan, aunado a la regla que los niños deben acabarse la porción que se les sirvió en el plato, provocando que los niños no sean capaces de regular la ingestión de energía entre una comida u otra y tampoco la cantidad de energía total.

Otro punto importante son las características familiares, como el tener padres físicamente activos, roles de género, edad y etnicidad. Se ha observado que, si uno de los padres es activo, el niño tiene el doble de posibilidades de serlo, pero si ambos padres lo son, el niño tiene cinco veces más posibilidades de realizar actividad física, y viceversa si los padres son obesos e inactivos.

4. Factores Ambientales.

La falta de instalaciones o espacios formales (deportivos y gimnasios) o informales (parques, andadores) para practicar el ejercicio, cercana al domicilio, seguridad, accesibilidad y que no se vean afectados por problemas climatológicos, sobre todo en los sitios geográficos en los que las estaciones del año son muy inestables.

Por el sistema y por el consumo aumente de peso.

Publicidad

La industria y los servicios de alimentos gastan en todo el mundo millones de dólares en propaganda en los medios de comunicación, en cambio existe una baja oferta, precio alto y escasa publicidad para alimentos saludables. Muchas compañías enfocan sus campañas publicitarias en los niños, en un esfuerzo por conseguir lealtad de por vida con la marca. Este tipo de mercadotecnia logra que los niños no solo reconozcan la marca, sino que pidan que se les compre un producto en particular. La publicidad con alimentos de alta densidad energética se incluye en lo que implica un ambiente obeso ya que dificulta que los niños hagan elecciones saludables en cuestión de alimentos.



FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

5. Factores Económicos.

La epidemia de obesidad no solo es consecuencia de alteraciones biológicas, sino también es un fenómeno económico y social.

Existe evidencia que propone una relación entre pobreza y obesidad ya que:

1. En poblaciones con tasa alta de pobreza y bajo nivel educativo se observa una mayor prevalencia de obesidad.
2. Hay una relación inversa entre la densidad energética y el costo de los alimentos.
3. La alta densidad energética y palatabilidad de los edulcorantes y grasas están asociados a una mayor ingesta de energía.
4. La pobreza y la inseguridad alimentaria están asociados con un menor gasto en alimentos y pobre calidad en la dieta.
5. Los precios y el ingreso familiar afectan la elección de alimentos, los hábitos para su consumo y la calidad de la dieta.¹⁶



FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

¹⁶ Meléndez G. In Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar.: Panamericana; Aug 6, 2008 - 195 pages. p. 195.

FISIOPATOLOGÍA.

Ahora bien, en la regulación del gasto energético y de la ingesta participan el sistema nervioso, el sistema digestivo con órganos como el hígado y el páncreas, y el adipocito. El adipocito es una célula altamente diferenciada con 3 funciones: almacén, liberación de energía y endocrino metabólica. Puede cambiar su diámetro 20 veces, y su volumen mil. Cada adipocito es capaz de almacenar en su interior un volumen máximo de 1,2 microgramos de triglicéridos. En este proceso, denominado esterificación, tendrá lugar la participación de 2 enzimas, la lipoproteinlipasa (LPL) y la proteína estimulante (ASP), ambas activadas a partir de la acción de la insulina y los quilomicrones. La cantidad de triglicéridos almacenados en el interior del adipocito no suele exceder los 0,6 microgramos por célula. Considerando que el número promedio de adipocitos presentes en cada sujeto es de $30 \text{ a } 60 \times 10^9$, y que cada uno de estos contiene en su interior 0,5 microgramos de triglicéridos, podemos valorar o inferir un volumen graso total de 15 kg o lo que es lo mismo 135.000 kcal.

Es, sin embargo, el descubrimiento de la leptina y de los genes que regulan su producción desde el adipocito, lo que ha originado la gran revolución en el conocimiento de la regulación ingesta-gasto y, por lo tanto, en el estudio de la obesidad. La leptina constituye el resultado o la síntesis final del *gen-ob*. Dicho gen se encuentra localizado, en el caso humano, en el cromosoma 7q.

Cuenta con 650 y está constituido por 3 exones separados a su vez por 2 intrones, siendo los exones 2 y 3 los portadores de la región que codifica la síntesis de leptina. Por su estructura bioquímica, se trata de un péptido compuesto por 167 aminoácidos cuya secuencia resulta similar en diferentes especies. Tanto es así que la leptina del ratón y la rata mantienen un 84 y un 83% de homología con la leptina del humano, respectivamente. A través de esta hormona, el hipotálamo ejerce un efecto controlador de la homeostasis energética del organismo, modulando la ingesta y contrarrestando un potencial balance energético positivo. Para ello, la leptina provoca una activación de los sistemas efectores catabólicos. Estos van a provocar una reducción de la adiposidad por medio de una inhibición

del apetito (efecto anorexígeno), estimulando con ello el gasto energético e inhabilitando los sistemas efectores anabólicos cuyo objetivo es aumentar la adiposidad corporal (vía aumento de apetito), favoreciendo así el proceso de lipólisis del tejido adiposo.

Su acción la ejerce a través de su receptor ubicado en las neuronas del núcleo del hipotálamo. Una vez activado el receptor se pondrán en marcha un complejo entramado de mecanismos. En ellos, una disminución de la secreción de neuropéptido Y, el estimulador del apetito endógeno más potente. En segundo lugar, y de forma paralela, tendrá lugar una disminución en la secreción de la proteína. Dicha proteína es un antagonista de los receptores de la melanocortina 1 y 4, que a su vez son reguladores del apetito. La leptina, a través del hipotálamo, utiliza el sistema nervioso simpático para estimular la liberación de tirotrópina. Además, por mediación de la leptina, los receptores noradrenérgicos también modulan el peso corporal, mediante la estimulación de los receptores alfa 1 y beta 3 disminuyendo la ingesta y aumentando el gasto energético. Por su parte, el sistema nervioso parasimpático eferente modula el metabolismo hepático, la secreción de insulina y el vaciamiento gástrico, participando de este modo en el control y regulación del peso corporal.

Asimismo, los estímulos olfatorios y gustativos producidos por el alimento participan igualmente en la regulación de la ingesta. Dichos estímulos constituyen señales periféricas que a su vez serán integradas y procesadas a nivel del sistema nervioso liberando neurotransmisores, que van a modular nuestra ingesta. De ellos el mejor estudiado es la serotonina. Los receptores de la serotonina intervienen regulando la cantidad de alimento ingerido y la selección de macronutrientes. Su estimulación a nivel hipotalámico reduce la ingestión en general, y de forma específica la de las grasas.

La hormona α -melanocito estimulante (α -MSH) es un péptido anorexígeno estrechamente implicado en la regulación de la ingesta. Es sintetizada en el núcleo arqueado desde donde se distribuye ampliamente por el sistema nervioso central, especialmente a nivel del núcleo paraventricular. Su administración en el sistema ventricular del cerebro causa disminución del apetito y aumento de la termogénesis. Su acción se establece a nivel cerebral interaccionando con receptores tipo 3 y 4 (MC₃ y MC₄). Sus efectos en humanos son cada vez mejor conocidos, pudiendo constituir una de las piezas clave en el tratamiento de la obesidad. Otra biomolécula implicada en la modulación de la ingesta alimentaria es el neuropéptido Y. Este tiene como función principal incrementar la ingesta de alimentos, y constituye el neurotransmisor más potente de acción anabólica. Los péptidos intestinales poseen igualmente una acción moduladora respecto de la ingestión de alimentos. Así, péptidos como la colecistocinina, el péptido liberador de gastrina y la bombesina disminuyen la ingesta de alimentos. Por su parte, la insulina tiene un efecto anabólico, favoreciendo la captación de glucosa y el acúmulo de lípidos a nivel de los tejidos, la grelina, descubierta por Jajima (1999), constituye el primer péptido de efecto orexígeno descrito. Actúa a nivel del hipotálamo mediante 3 vías: por una parte, accediendo al núcleo arqueado a través de la circulación sanguínea atravesando la barrera hematoencefálica. Una segunda vía mediante aferencias vágales que llegan desde el estómago hasta el hipotálamo por medio del nervio vago. O bien, mediante una síntesis intra-hipotalámica.

Otros estudios han puesto de manifiesto como los niveles plasmáticos de grelina se elevan en períodos de balance energético negativo, esto es, en situaciones de ayuno para a continuación normalizarse al ingerir alimento.

Gralina: Es una hormona que segrega el aparato digestivo, activando sus receptores en el hipotálamo, reguladora de la ingesta de alimento, peso corporal y el metabolismo de la glucosa.

Orexígeno: Sustancia que aumenta el apetito.

Colecistocinina: Es una hormona producida en el intestino delgado, específicamente en el duodeno y el yeyuno. Su función es estimular la producción de enzimas del páncreas y de bilis, por la vesícula biliar, produciendo que se contraiga, estimulando la relajación y apertura del esfínter de Oddi (canal que conecta el páncreas con el duodeno), liberando las enzimas digestivas.

Otros péptidos gastrointestinales implicados en el proceso de saciedad son el polipéptido insulínico dependiente de glucosa (GIP), con capacidad para inducir la secreción de insulina ante concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Estudios a partir de ratones deficientes en su receptor desarrollaron un fenotipo resistente a la obesidad inducida por la dieta, por lo que GIP puede estar involucrado en la patogenia de la obesidad central. La secreción del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) por las células L del intestino, preferentemente a nivel de íleon y colon, tiene lugar tras la ingestión de nutrientes (hidratos de carbono y ácidos grasos) y en proporción con el contenido calórico. Finalmente, el péptido YY (PYY) o tirosina-tirosina, perteneciente a la familia del polipéptido pancreático (PP). Es sintetizado por las células L del tracto gastrointestinal distal (colon y recto), aunque también está presente en estómago, páncreas y determinadas regiones del sistema nervioso central. Dicho péptido es secretado en función de la ingesta calórica, siendo los lípidos los responsables mayores de su secreción. En situaciones de ayuno, sus valores plasmáticos son bajos, elevándose en los 15-30 minutos previos al comienzo de la ingesta. Su secreción y liberación a la sangre posibilita la absorción de nutrientes mediante el retrasado del vaciamiento gástrico y tránsito intestinal. Otra hormona sintetizada por el páncreas e igualmente implicada en la regulación de la ingesta alimentaria es el glucagón. Dicha hormona tiene como función principal estimular la degradación del glucógeno y la puesta en marcha de la gluconeogénesis favoreciendo con ello el catabolismo. Desde un punto de vista exocrino, el páncreas sintetiza la enterostatina (señal peptídica de la colipasa pancreática) cuya función es disminuir la ingesta de grasa y producir saciedad. En el caso de los sistemas eferentes de control del peso corporal cabe destacar por su importancia y participación el sistema endocrino y el neurovegetativo.

Enterostatina: Esta enzima reduce la ingesta de alimentos, en particular el consumo de grasas, cuando se administra de manera periférica o en el cerebro.

Colipasa : Prevenir los efectos inhibidores de las sales biliares sobre la actividad de la lipasa pancreática, facilitando de esta forma la hidrólisis intraduodenal, de los triglicéridos de cadena larga presentes en la alimentación

El sistema endocrino está representado por las hormonas del crecimiento, las tiroideas, las gonadales, los glucocorticoides y la insulina. Durante la etapa del desarrollo la hormona del crecimiento y las tiroideas trabajan al unísono para aumentar el crecimiento. La hormona del crecimiento, una vez en la sangre, estimula al hígado para que produzca otra hormona, el factor de crecimiento insulínico (IGF-1), el cual juega un papel clave en el crecimiento durante la niñez. Por su parte, las hormonas tiroideas actúan incrementando la síntesis de proteínas en todos los tejidos del organismo.

Durante el desarrollo puberal comienzan a funcionar los esteroides gonadales. Así, la testosterona aumenta el peso corporal magro en relación con la grasa, mientras que los estrógenos realizan el efecto contrario. Por su parte, los niveles de testosterona disminuyen a medida que el varón avanza en edad, causando un aumento de la grasa visceral y corporal total, así como una disminución del peso corporal magro. En el caso de los glucocorticoides suprarrenales, estos desarrollan una acción importante en el control neuroendocrino de la ingesta alimentaria y el consumo energético.

Finalmente, el sistema neurovegetativo representa el último eslabón en la cadena de procesos y biomoléculas que llevan a cabo el control del peso corporal. Su acción principal tiene lugar mediante la regulación de las secreciones hormonales y la termogénesis.¹⁷

¹⁷ Jiménez EG. Obesidad: análisis Etiopatogénico y Fisiopatológico. Endocrinología y Nutrición. 2013 Enero; 60(1). (17)

SIGNOS Y SINTOMAS.

Debido a los malos hábitos que tienen los individuos, trayendo consigo múltiples cambios y alteraciones externas como internas en el cuerpo humano, los cuales se ven reflejados en el individuo, presentando los siguientes signos y síntomas:

- **Aumento de peso.** Se ve reflejado en el aumento de tejido adiposo que se observa alrededor del cuerpo.
- **Estrías cutáneas.** Se generan por distensión de la piel, por lo general son de color blanquecino y rosado, se localizan en caderas, en la región superior de los muslos, en brazos.
- **Acantosis nigricans.** Manifestación dermatológica de hiperinsulinismo, causando oscurecimiento y engrosamiento de la piel con pliegues irregulares, por lo general en zonas como la nuca, los laterales del cuello, e ingle.
- **Problemas ortopédicos.** Debido al aumento de peso, se comienza a tener dolores de huesos de pies, dolor de columna lumbar, cadera, rodillas, incluso se presentan deformaciones de los huesos antes mencionados.
- **Problemas a nivel genital.** Se presenta infertilidad, en algunos varones se puede originar acumulación de grasa en el pene.
- **Acumulación de grasa en glándulas mamarias.** Crecimiento de mamas se observa más en hombres y rara vez en mujeres.
- **Síntomas cardiorrespiratorios.** Se presentan cuando hay una disminución de la capacidad física, originando fatiga, somnolencia, hipercapnia, hipoxia e insuficiencia cardíaca y un aumento de su presión arterial.
- **Alteraciones internas.** Aumento en glucosa, presión arterial, triacilglicéridos colesterol, de tal forma que al mismo tiempo debido a esto existe la posibilidad de originarse enfermedades no transmisibles a consecuencia de las alteraciones antes mencionadas principalmente internas.

OBESIDAD Y RASGOS DE PERSONALIDAD.

Hasta la actualidad no se ha dado importancia a los rasgos psicológicos o de comportamiento de la persona con obesidad porque no se entendía la obesidad como una enfermedad de importante repercusión psicológica. Sin embargo, los aspectos psicológicos son un aspecto clave a considerar en el protocolo de tratamiento de la obesidad.

Es en esta clasificación cuando aparece la primera mención al Índice de masa corporal (IMC), fórmula desarrollada por el belga Adolfo Quetelet. En la décima clasificación se incluye una distribución de diferentes tipos de obesidad según la causa. Todas estas clasificaciones y medidas siguen evolucionando, hasta que, dadas las cifras que la obesidad alcanza, en 1997 la Organización Mundial de la Salud declara la obesidad como una epidemia de carácter global que plantea una grave amenaza para la salud pública debido el aumento del riesgo de trastornos asociados como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y la diabetes mellitus tipo 2. Tras ser considerada como patología, comienzan a aparecer cifras y con ellas la economía, el importante coste sanitario de la obesidad y de los trastornos relacionados con ella. Esto conduce directamente a una “batalla contra la grasa” que persigue crear insatisfacción no sólo en la persona con sobrepeso u obesidad sino en todo aquél que tenga algo de grasa. Esta batalla se traduce en presión social, que con lleva a la creación de estereotipos que describen a la persona obesa, tanto para la población general como para la persona que padece sobrepeso u obesidad. A lo largo de la historia se han establecido diferentes estereotipos que describían a la persona con obesidad. En este sentido se puede hacer referencia a algunos de ellos como “el gordito feliz” o la descripción de la persona obesa como “floja, fea y perezosa”. Un ejemplo en la actualidad de estos estereotipos se puede observar en un estudio realizado en estudiantes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) acerca de la percepción que tienen de las personas con obesidad, utilizando los siguientes tipos de personalidad para describirlas: introvertidas, inhibidas y sensibles.

Además de existir ciertos estereotipos, los ideales de belleza y la preocupación por el cuerpo varían entre culturas, siendo diferentes, por tanto, dichos estereotipos. Este aspecto se extiende a la percepción que las propias personas con obesidad tienen de sí mismas. Por otra parte, en un recopilatorio de adjetivos asociados a la obesidad se puede ver que los pacientes obesos son calificados como menos atractivos, carentes de autodisciplina, perezosos, impopulares, poco atractivos e inteligentes o malos deportistas, entre otros. Si se trata de mujeres, el juicio es más negativo. Por tanto, el entorno cultural y la presión social crean esquemas cognitivos sobre la forma de ser de las personas obesas que influyen incluso en las mismas personas obesas al definirse. Aunque no existe un prototipo que defina a todas las personas que padecen obesidad, sí es cierto que pueden compartir algunos rasgos de personalidad. Existen numerosos artículos publicados sobre la cirugía, las dietas, el ejercicio o los fármacos para el tratamiento de la obesidad, sin embargo, son escasos aquéllos que tratan sobre los aspectos psicológicos que influyen en dicha patología y su tratamiento.

Rasgos de personalidad

Se aprecia alexitimia en un 42,9% de las personas que padecen obesidad, que es la incapacidad para identificar, distinguir y expresar emociones. Este rasgo, puede correlacionarse con otras características tales como anhedonia, locus de control externo, impulsividad y dependencia interpersonal. Se observa un mayor nivel de anhedonia en personas con obesidad extrema, en parte provocado por las limitaciones vocacionales que causa la obesidad por motivos de salud y por la discriminación social. Contemplándose un aumento de la capacidad para disfrutar de determinados aspectos de la vida con la pérdida de peso.

Se menciona la presencia de locus de control externo, por lo que la persona con obesidad, en ocasiones, percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es externo a él. Todo ocurre como resultado del azar, del destino, la suerte o el poder y las decisiones de otros. De este modo, no cree poder controlar nada mediante su propio esfuerzo y decisión.

Parece haber relación entre el grado de obesidad y el nivel de impulsividad, siendo mayor en personas con obesidad extrema, aunque existen estudios que indican lo contrario, y vinculándose al sexo femenino. Se ve una disminución de la dependencia interpersonal tras la disminución ponderal, además de asociarse la pérdida de peso con un aumento en la fuerza personal. Se contemplan rasgos comunes en la mayoría de personas que presentan obesidad, observándose baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre autoimagen global. Se aprecia relación de la autoestima con el peso, a mayor grado de obesidad menor nivel de autoestima que mejora con la disminución de peso. Asimismo, se observa un menor nivel en el sexo femenino, que disminuye al aumentar la edad. Sin embargo, no hay diferencias en el nivel de autoestima de aquellas personas con obesidad que han sufrido abuso sexual en comparación con aquéllas que no lo han sufrido. Junto a un bajo nivel de autoestima las personas con obesidad tienen una percepción de su imagen corporal negativa y evitan situaciones sociales en las que exista comparación de la figura corporal. Aunque el aumento de la insatisfacción corporal aparece fundamentalmente en adolescentes de sexo femenino, dicho aumento también puede deberse a la existencia de algún trastorno del comportamiento alimentario, síntomas depresivos, perfeccionismo o restricción dietética crónica, especialmente en mujeres. Se puede comprobar que la satisfacción corporal aumenta con operaciones estéticas que mejoran la figura corporal o con algún cambio corporal que la sociedad califique como positivo, sin embargo, este aumento es pasajero, de modo que reaparece con el tiempo. Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40% de ellas no se auto aceptan y no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad. A esta percepción de sí mismos afecta negativamente el grado de obesidad, la existencia de síntomas depresivos y la asistencia a determinados eventos sociales.

Sin embargo, ayuda a mejorar la autoimagen global de las personas con obesidad la disminución de peso y el apoyo familiar. El abuso de sustancias constituye un comportamiento no muy usual, apareciendo el abuso de alcohol en un grupo

minoritario de personas con obesidad extrema (19%). Sin embargo, sí es más común en aquéllas que sufrieron abuso físico durante su infancia (teniendo en cuenta que hay un alto porcentaje de personas con obesidad que han sufrido abuso físico, sexual o emocional durante la niñez). Por otra parte, se observan rasgos de personalidad paranoide en mujeres con exceso de peso, más que en hombres. El rasgo psicosis parece estar más relacionado al bajo peso que a la obesidad, sin embargo, existen distintos estudios en los que aparece con frecuencia alto nivel en la escala de psicosis, en personas con obesidad extrema. Aproximadamente un tercio de niños con obesidad de 10-12 años presentan problemas sociales debido a su comportamiento y una frecuencia relativamente alta de delincuencia, siendo esta frecuencia mayor que en aquéllos de la misma edad que no exceden de peso. En cuanto a la promiscuidad sexual, existe una minoría de personas con obesidad extrema que la presentan (22,3%) y, generalmente, está relacionada con personas que mantienen relaciones de abuso emocional.

Tipos de personalidad.

A menudo, en personas con obesidad se reconoce personalidad narcisista, es decir, interés patológico por uno mismo, especialmente por sus características corporales y sexuales. Cuyos rasgos aumentan con la disminución de peso. En este sentido, cuando las personas con obesidad disminuyen de peso comienzan a estar descontentos con distintas zonas de su cuerpo (generalmente cintura/abdomen, trasero/nalgas, brazo superior, pecho/ pechos), por lo que se encuentra una relación lineal entre el aumento de personas con obesidad que se han sometido a cirugía bariátrica y aquéllas que se someten a operaciones de carácter estético. Parece que con esta mejora física de las zonas que producen mayor insatisfacción, la persona refuerza su autoimagen global, sin embargo, debido a su personalidad narcisista pasados unos meses tras la operación estética aparece nueva insatisfacción corporal por otras zonas.¹⁸

ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS.

Signos y síntomas

Se estima que personas con obesidad que esperan para ser operadas de cirugía bariátrica, presentan síntomas depresivos, de ansiedad o algún trastorno relacionado en un 50% de los casos. Padecen más síntomas depresivos las personas con obesidad que viven solas en relación con aquéllas que viven con sus parejas, aquéllas que presentan un nivel educativo más bajo o personas con obesidad extrema que, además, padecen síndrome del comedor nocturno o trastornos del comportamiento alimentario (especialmente trastorno por atracón). En muchos casos, los síntomas depresivos están motivados principalmente por la insatisfacción corporal existente, especialmente en el sexo femenino, contemplándose una mejora de la depresión al disminuir el peso. Además, parece haber una mejora de las relaciones sexuales en personas con obesidad que disminuyen su peso. Por otro lado, cuanto mayor sea el estado depresivo de la persona con obesidad, mayor es su ingesta y presenta una mayor susceptibilidad de padecer trastorno por atracón, picoteo o síndrome del comedor matinal.

De esta forma, se crea un círculo vicioso: a mayor estado depresivo mayor ingesta que hace aumentar el peso y mantiene o, incluso aumenta, el estado depresivo de la persona por un aumento de la insatisfacción personal. La mayoría de las personas con obesidad niegan los síntomas depresivos y atribuyen ese malestar emocional al exceso de peso en sí mismo.

Existen varios estudios que relacionan obesidad extrema con abuso físico (17,4%), sexual (19%) y/o emocional (43%) en el pasado, existiendo relación entre esta circunstancia y la presencia de sintomatología depresiva (estrés postraumático). Sin embargo, no parece haber una determinación por mantener el exceso de peso como defensa ante otro posible abuso de este tipo, como se había pensado. El 71,5% de personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad, sintomatología causada por el sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial, provocado por la

discriminación social. Por otro lado, los sentimientos de inseguridad e inferioridad de estas personas dan lugar a una menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas, provocándoles un mayor estrés en cuanto a asuntos legales o fiscales. Se ha observado que presentan circunstancias económicas adversas en mayor medida que las personas que no padecen obesidad, ya que en general, tienen más bajas laborales que el resto de trabajadores. Además, reflejan un menor rendimiento laboral debido a que sufren más dolores que el resto de personas, suelen tener peores relaciones sociales y menor capacidad de afrontamiento y resolución de problemas. Estas condiciones adversas les producen estrés que es manifestado como ansiedad. En gran medida, esta ansiedad es causada por la preocupación por su propia salud (tanto física, por el exceso de peso, como mental), siendo mayor en personas con obesidad de sexo femenino y con mayor edad (aquéllas de menor edad se preocupan menos por su salud y más por la integración social). Por otro lado, parece estar relacionada la capacidad de concentración, así como la capacidad cognitiva con el peso corporal. Mostrando menor capacidad las personas con obesidad extrema que aquéllas con obesidad tipo I ó II, y observándose una disminución de dichas capacidades a mayor intensidad de los síntomas propios de la depresión. Asimismo, se encuentra una reducida capacidad para recordar información sobre la figura corporal de los demás. A causa de un mecanismo de autorregulación cognitiva, independiente a la posible comorbilidad médica existente en personas con obesidad, parece haber una menor capacidad de atención y resolución de problemas. Además, se observa falta de expresividad, que mejora con la pérdida de peso, ya que, generalmente, tras la disminución ponderal mejora el ambiente familiar. En un estudio realizado en personas con obesidad se encuentra que un 40% de ellas sienten dolor corporal con mayor frecuencia que aquellas personas que no tienen exceso de peso y, además, este dolor es más intenso e insoportable. También se observa la presencia del pensamiento dicotómico o catastrófico, que consiste en clasificar experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose los hechos intermedios con una mayor tendencia a clasificarlas en la peor situación.¹⁸

Trastornos de conducta alimentaria.

En cuanto al comportamiento alimentario de personas con obesidad se encuentra un mayor riesgo de padecer trastornos de conducta alimentaria en aquellas personas con obesidad que han sufrido algún tipo de maltrato infantil (tras haberse observado que existe en un 66% de personas con obesidad) y en aquellas que padecen obesidad mórbida. Podemos diferenciar entre sobre ingesta objetiva, que sería ingestión de gran cantidad de comida sin pérdida de control y se describe en un 23,4% de los casos; atracón subjetivo, definido como la ingestión de poca cantidad de comida junto a pérdida de control y aparece en un 5,1% de las personas con obesidad y trastorno por atracón; atracón objetivo, que es la ingesta de excesiva cantidad de comida (superior a la que cualquier persona ingeriría en el mismo intervalo), en un corto periodo de tiempo con pérdida de control y lo presentan un 26,9% de personas con obesidad. En determinadas ocasiones, tales como eventos sociales y en caso de presencia de trastorno por atracón existe un aumento de la sintomatología depresiva o de ansiedad. Por otro lado, existen diferencias de género en cuanto a los motivos que provocan la aparición del trastorno por atracón, siendo una baja autoestima y síntomas severos de un cuadro depresivo en mujeres, y exclusivamente el cuadro depresivo en hombres. Un estudio relaciona la exageración irracional del dolor en personas con obesidad con mayor prevalencia de atracones. En este sentido, parece que el mecanismo es: la exageración del dolor les hace perder el control, pudiendo desencadenar un atracón para disminuir la angustia y consiguiente incremento ponderal provocado por los atracones que hace que aumente el dolor (sobre todo articular) y que éste sea más insoportable. Al clasificar el trastorno por atracón o sobre ingesta en distintos tipos se observa que el síndrome del comedor nocturno es el más frecuente en personas con obesidad. Las personas que padecen dicho síndrome concentran en la cena el mayor porcentaje de aporte energético de la ingesta de un día o, incluso, durante las horas de sueño, llegando a despertarse en muchas ocasiones por las ganas de ingerir alimento y levantarse para ello. Un 20% de las personas con obesidad

describen hiperfagia nocturna sin ingestión y un 7,2% admite levantarse para comer, aunque sólo el 1,9% de ellas se levantan a comer teniendo sensación real de hambre. El síndrome del comedor matinal es menos frecuente en las personas con obesidad que tienen atracones o episodios de sobre ingesta. Se trata de concentrar la mayor parte del contenido calórico de la dieta en las comidas de la mañana (desde el desayuno al almuerzo) y aparece en un 5,3% de los casos. Por otra parte, muchas personas con obesidad atribuyen su exceso de peso a la ingesta como respuesta a emociones, negativas o positivas (ingesta emocional).

En este tipo de ingesta podemos distinguir entre sobre ingesta como respuesta al estrés emocional (depresión/desilusión, enfado, ansiedad, soledad, aburrimiento o cansancio), que aparece en un 29,6% de personas con obesidad, o sobre ingesta como respuesta a emociones positivas o eventos sociales, que aparece en menor medida, en un 10,2% de los casos. Finalmente, la mayoría de personas con obesidad afirman estar casi todo el día realizando pequeñas ingestas, generalmente muy calóricas. Se ha observado un gran número de personas con obesidad que, tras someterse a cirugía bariátrica, no se adaptan adecuadamente al tratamiento nutricional desarrollando trastorno por atracón o sobre ingesta emocional. Existe poca prevalencia de bulimia nerviosa en personas con obesidad. Entre las personas con obesidad, se estima una mayor vulnerabilidad a desarrollar bulimia nerviosa en aquéllas que tienen trastorno por atracón. Por otro lado, las personas con obesidad están siempre realizando dietas de adelgazamiento (restrictivos crónicos), existiendo diferencias en cuanto a género, siendo las mujeres las que llevan una conducta más restrictiva en su alimentación. Se observa que el 62% de personas con obesidad de sexo femenino, raza caucásica, menor edad y mayor IMC, tienen una mayor expectativa de pérdida de peso, que llega a ser irreal. Los hombres con obesidad extrema suelen mostrar menor motivación respecto a la dieta que las mujeres. Un estudio describe el comportamiento alimentario de las mujeres con obesidad como: “comedoras moderadamente saludables que, a menudo, restringen su dieta, tienen sobre ingesta emocional, atracones y sobre ingesta ilimitada durante

la comida”. En cuanto al comportamiento alimentario de las personas con obesidad tras haberse realizado cirugía bariátrica, éste es calificado como “destrutivo”. Casi todos los estudios en los que se analiza la actividad física de las personas con obesidad muestran sedentarismo, que disminuye con la pérdida de peso. Los hombres con obesidad relacionan, de forma usual, la falta de actividad física a los efectos de la medicación que toman.¹⁸

¹⁸Ruiz Prieto I SFMBRPJLI. Obesidad y rasgos de personalidad. Trastornos de la Conducta Alimentaria . 2010 Diciembre.

DIAGNÓSTICO.

Aun cuando el diagnóstico de obesidad en la mayoría de los pacientes es evidente a simple vista, la elaboración de una historia clínica completa nos proporciona información relevante para hacer un diagnóstico integral, que permitirá implementar un tratamiento específico y sobre todo identificar si el paciente respetará las indicaciones clínicas:

- Los antecedentes heredofamiliares de obesidad.
- Enfermedades cardiovasculares, metabólicas o neoplasias.
- Los hábitos alimenticios, antecedentes laborales.
- Antecedentes personales de sobrepeso u obesidad, alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia positivos en alguna etapa de su vida.
- Las actividades recreativas y deportivas que realiza, el empleo de medicamentos que favorece el aumento de peso son aspectos que se deben evaluar en el paciente.
- El interrogatorio por aparatos y sistemas proporciona información psicológica del paciente como: su percepción corporal, su imagen corporal y posibles problemas personales, familiares o sociales que contribuyan al desarrollo de su padecimiento.

Exploración Física.

Realizar exploración física haciendo hincapié en;

- Aspecto general (distribución de tejido adiposo, tono muscular, signos de retraso psicomotor)
- Toma y registro de la presión arterial en caso necesario, con valoración de percentiles para la edad, talla y sexo, y el perímetro de cintura, con valoración de percentiles para la edad, la talla y el sexo.
- Actitud y comportamiento (presencia de signos de ansiedad o depresión)
- Exploración de la piel y las mucosas (ictericia, piel seca, alteraciones de pigmentación, acantosis nítricas, presencia de estrías, acné).

- Rasgos biomorficos faciales y corporales
 - Inspección y palpación de la glándula tiroidea
 - Presencia de hepatomegalia
 - Estadio de desarrollo puberal, presencia de ginecomastia en varones.
 - Presencia de abranquia prematura
 - Valorar la edad de la menarca así como la presencia de posibles irregularidades menstruales en niñas.
- Identificar la presencia de alteraciones ortopédicas compensatorias como pie plano, desviación plantar etc.

Existen diferentes métodos para valorar la cantidad de grasa del organismo, todos ellos basados en medidas antropométricas.

- Relación peso-talla.
- Índice ponderal.
- Relación cintura cadera.
- Pliegues cutáneos.
- Circunferencia de muñeca.
- Circunferencia encefálica.
- Mediciones de los panículos adiposos (bicipital, tricipital, subescapular y supra iliaco) que permitirán analizar el porcentaje de tejido adiposo del paciente.

Estas presentan distintas ventajas e inconvenientes. En la actualidad existe consenso internacional acerca de utilizar los valores de índice de masa corporal (IMC) como la medida más adecuada de la adiposidad, como afirma la Sociedad Española para el estudio de la obesidad.¹⁹

¹⁹ CENETEC. Guia Practica Clinica Intervenciones de Enfermería para la prevención de. SOBREPESO Y OBESIDAD en niños y adolescentes. [Online].; 12 diciembre 2013. Available from: www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-690-13/ER.pdf. (19)

El IMC está también la medida que se utiliza para valorar el estado nutricional en la infancia, tanto para la obesidad y el sobrepeso como para la desnutrición. Sin embargo, deben tener en cuenta ciertos aspectos diferenciales. El primero de ellos es que los valores de IMC son muy variables al largo de la infancia y la adolescencia, pues refleja las fases del desarrollo del tejido adiposo. También varía con relación del sexo y el estadio puberal, por lo que es necesario disponer de valores de referencia adecuados

$$\text{IMC (Kg/m}^2\text{)} = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$$

La Secretaría de Salud crea la NOM-174-SSAI-1998, donde fija los cortes que tienen relación con el mexicano indicando que la talla baja para mujeres mexicanas es de 1.50 metros y en hombres de 1.60 metros y a partir de esto se genera el IMC. Existen varios indicadores para evaluar el estado de nutrición de una persona; sin embargo, los más utilizados y sencillos de realizar en grandes grupos de población son las mediciones antropométricas, como el peso y la estatura, que nos arrojan información veraz cuando se aplica de manera adecuada. La medición del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas y adolescentes es difícil, porque no se dispone de definición estandarizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo, obligando a los profesionales a utilizar unas curvas y tablas de referencia que sean válidas en su entorno.

- En la infancia y adolescencia cualquier evaluación del peso debe incluir estatura a fin de tener una buena correlación con la composición corporal. Se toma como referencia los parámetros implementados en la Cartilla Nacional de Salud.
- La relación peso/talla se considera una medida específica para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad.
- Calcular el IMC y tipificar el peso corporal el exceso en sobrepeso u obesidad mediante la utilización de curvas y tablas de crecimiento.
- Medir el peso talla y evaluar el estado nutricional del niño con base en la tabla contenida en la Cartilla de salud

- Antes de realizar la medición del peso, es importante identificar cualquier discapacidad física o deformidades en el niño o la niña, ya que esto puede prevenir errores y realizar mediciones exactas.
- Pesar después de haber evacuado y vaciado la vejiga de preferencia en ayuno.
- En niños de más de dos años o con más de 12kg. El peso corporal se toma de pie en una basculo con estadiómetro, en las mismas condiciones recomendadas previamente.
- Justo con la valoración del peso corporal, es fundamental con medida de la distribución de grasa.
- La circunferencia de la cintura es un buen predictor de la distribución central de la grasa.
- Se recomienda medir la circunferencia de la cintura una vez identificado el sobrepeso.¹⁹

NUTRICIÓN				
Si identifica que tu índice de masa corporal se encuentra en las columnas amarillo o roja consulta a tu medico				
VERDE: NORMAL		AMARILLO: RIESGO		ROJO: PELIGRO
EDAD (AÑOS)	MUJER			
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10 años	<13.5	16.6	>19.0	>22.6
11 años	<13.9	17.2	>19.9	23.7
12 años	<14.4	18.0	>20.8	25.0
13 años	<14.9	18.8	>21.8	26.2
14 años	<15.4	19.6	>22.7	27.3
15 años	<15.9	20.2	>23.5	28.2
16 años	<16.2	20.7	>24.1	28.9
17 años	<16.4	21.0	>24.5	29.3
18 años	<16.4	21.3	>24.8	29.5
19 años	<16.5	21.4	>25.0	29.7
EDAD (AÑOS)	HOMBRE			
	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
10 años	<13.7	16.4	>18.5	>21.4
11 años	<14.1	16.9	>19.2	22.5
12 años	<14.5	17.5	>19.9	23.6
13 años	<14.9	18.2	>20.8	24.8
14 años	<15.5	19.0	>21.8	25.9
15 años	<16.0	19.8	>22.7	27.0
16 años	<16.5	20.5	>23.5	27.9
17 años	<16.9	21.1	>24.3	28.6
18 años	<17.3	21.7	>24.9	29.2
19 años	<17.6	22.2	>25.4	29.7

Referencia tomada de la Cartilla Nacional de Salud 10 A 19 Años

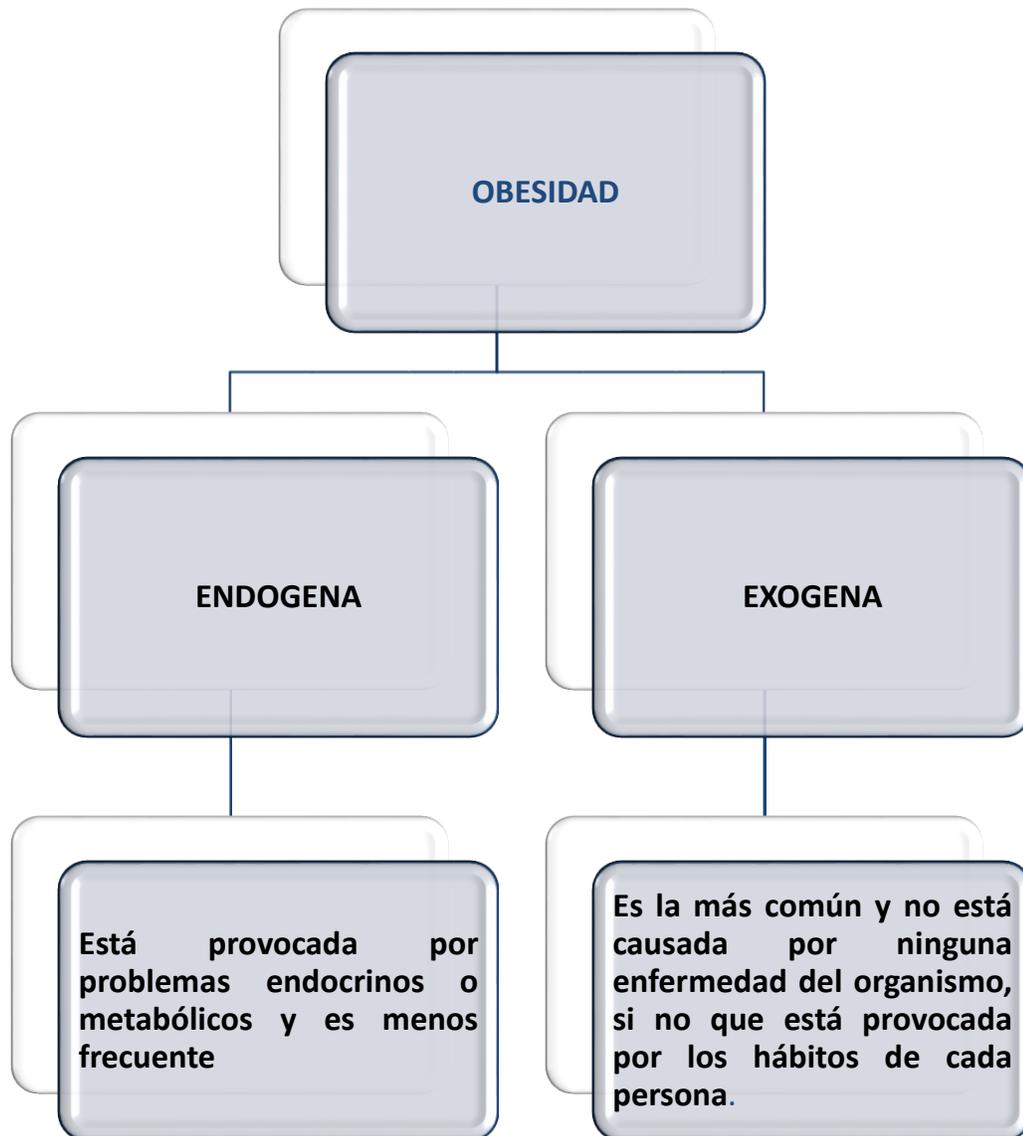
¹⁹Ibidem p.16-20.

CLASIFICACIÓN.

Según su origen, la obesidad se puede clasificar en endógena y exógena. La endógena es la menos frecuente de estos dos tipos, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), diabetes mellitus (problemas con la insulina), el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros, esta es un tipo de obesidad causada por problemas internos, debido a ellos las personas no pueden perder peso (incluso lo aumentan) aun llevando una alimentación adecuada y realizando actividad física.

En cambio, la obesidad exógena es aquella que se debe a un exceso en la alimentación según su origen, la obesidad se puede clasificar en endógena y exógena. La endógena es la menos frecuente de estos dos tipos, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos la presentan, este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (hipotiroidismo), el síndrome de Cushing (glándulas suprarrenales), diabetes mellitus (problemas con la insulina), el síndrome de ovario o a determinados hábitos sedentarios, en otras palabras, la obesidad exógena es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo, sino que es provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo constituye aproximadamente entre el 90 y 95% de todos los casos de obesidad, lo que significa que la mayoría de personas que la padecen es por un inadecuado régimen de alimentación y/o estilo de vida.

En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que existe una falta de actividad o ejercicio físico y, por consiguiente, una falta de gasto de energía.²⁰



²⁰Medico Guia. ACTUALIDAD. [Online].; 2008 [cited 2017 Febrero 10. Available from: <https://obesidad.medico-guia.com/obesidad-exogena-y-endogena.html>

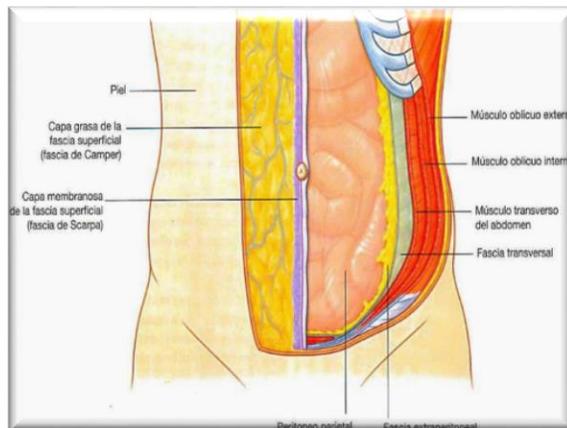
LOCALIZACIÓN DE LA GRASA.

Las zonas del cuerpo en que se acumula la grasa y aumenta el peso dependen mucho del individuo. Se distingue dos tipos principales:

La **grasa superficial** que se aprecia a simple vista y que puede ocultar perfectamente los músculos abdominales según lo obesa que sea esa persona, puede que resulte antiestética, pero para la salud es casi inofensiva

La **grasa profunda**, la que se deposita en los organismos y que constituye la reserva energética del organismo. Su capacidad es prácticamente limitada y puede almacenar una inmensa cantidad de calorías sobrante, se le conoce también como tejido adiposo visceral. Envuelve músculos, órganos, así como las principales arterias. Una musculatura débil ayuda a que se acumule más tejido graso en la región abdominal.

FUENTE: IMÁGENES GOOGLE

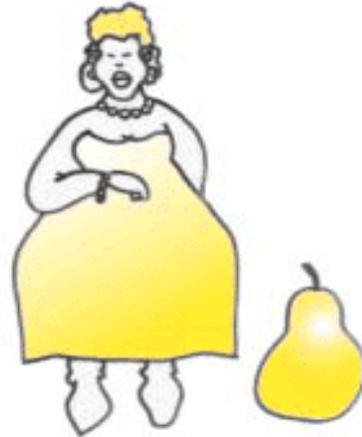


DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA.

Ambos tipos de obesidad tiene un fuerte componente genético.

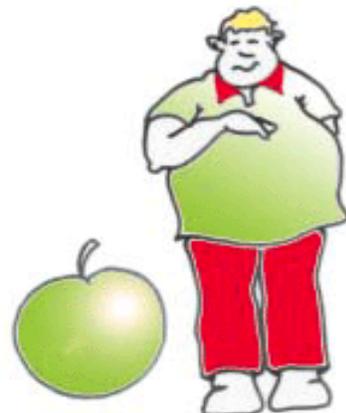
Obesidad tipo Ginecoide.

Se caracteriza por tener un gran trasero e importante tamaño en las caderas y los muslos. Este tipo de acumulación de grasa alrededor de las caderas proporcionan al cuerpo una forma de pera. Se da mucho en mujeres y suele considerar muy molesta, principalmente por motivo estético. Pero incluso la persona con una gran acumulación de grasa de este tipo tiene tan pocas alteraciones metabólicas y trastornos cardiovasculares como las personas de constitución normal.



Obesidad tipo Androide.

Es de abdomen prominente por encima de la cintura se les suele depositar la grasa sobre todo en la parte interior, este tipo de obesidad suele darse sobre todo en los hombres, sin embargo, las mujeres que se alimentan mal y hacen poco ejercicio también pueden llegar a desarrollar un abdomen de este tipo.²¹



²¹ Michael Despeghe AH. In Fuera Barriga. ESPAÑA: Hispano Europea; 2007. p. 14.

BIOTIPOS.

Un rasgo es una forma específica de comportamientos que implica una disposición estable a comportarse de un modo determinado y, a la vez, semejante en circunstancias diversas.

A su vez, un combinado de rasgos estables da lugar a un tipo o conjunto de individuos con rasgos comunes, entendiéndolos únicamente como modelos de comportamiento. Llevada a esta teoría al campo de la actividad física se encuentran autores como Sheldon y sus características temperamentales o psicológicas correspondientes.

En la actualidad el procedimiento para establecer el somatotipo es la medición de peso talla, pliegues de grasa de tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla, de las circunferencias del bíceps contraído con el codo flexionado a 90° pantorrilla y diámetros óseos de humero y fémur.



Fuente: Imágenes Google

Ectomórfico: Caracterizado por músculos y extremidades largas y delgadas y poca grasa almacenada; por lo general denominados delgados. Los ectomorfos no poseen predisposición a desarrollar los músculos ni almacenar grasa.

Los individuos pertenecientes a este tipo somático suelen ser delgados con extremidades largas, igual que su estructura ósea. Suelen estar por debajo del peso considerado normal y tiene dificultades para ganar peso.

Su metabolismo es acelerando, aprovechando muy poco los alimentos ingeridos. Tiene un temperamento que corresponde a la cerebrotonia, con una forma de aproximación a la vida intelectual, artística, siempre alerta y vigilante. Es una persona introvertida, reservada, con una capacidad mental intensa y con una faceta artística desarrollada.

Sus características son:

- Dificultad para ganar musculo y peso
- Cuerpo de naturaleza frágil
- Cabeza pequeña
- Barba y bellos escasos
- Piel pálida y seca
- Pecho plano
- Frágil
- Delgado
- Ligeramente musculado
- Hombros pequeños



Mesomórfico: Caracterizado por huesos de dimensiones promedio, torso macizo, bajos niveles de grasa, hombros anchos con una cintura delgada; usualmente identificados como musculosos. Los mesomorfos poseen una predisposición a desarrollar músculos, pero no a almacenar tejido. Tiene una estructura oseo-muscular sólida, con torso largo y pecho desarrollado, tienden a ser personas fuertes, musculosas y atléticas por naturaleza. Gana masa con facilidad y es el tipo somático para el deporte. La persona mesomorfica tiene un temperamento que es correspondiente a la somatotonía, con una aproximación a la vida activa, agresiva y con gusto por tomar riesgos. Es una persona valiente, aventurera, competitiva y muestra indiferencia ante lo que los otros piensan.

Sus características son:

- Atlético
- Cuerpo duro y musculado
- Forma de reloj de arena en mujeres
- Forma de triángulo invertido en hombre
- Robustez
- Excelente postura
- Excelente postura
- Cara ovalada
- Gana musculo fácilmente
- Piel gruesa



Endomórfico: Caracterizado por un mayor almacenamiento de grasas, una cintura gruesa y una estructura ósea de grandes proporciones, por lo general denominado obesos. Los endomorfos poseen una predisposición a almacenar grasas. La persona endomorfa tiene un temperamento llamado viscerotonia es decir predomina el sistema digestivo su carácter es alegre, amable y optimista. Dentro de este análisis, establece que se trata de una persona extrovertida y amante del confort y el lujo. Es una persona que muestra amor por la comida, es tolerante, sociable y tranquila.²²

<p>Sus características son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cuerpo blando• Músculos infra desarrollados• Físico redondo• Presenta dificultad para perder peso• Gana musculo fácilmente• Extremidades, cuello y manos cortas• Tendencia a la calvicie	 <p>Endomorfo</p>
--	--

²² Santiago Ramos Bermudes LGMDAS. Evaluación antropométrica y motriz condicional de niños y adolescentes. In Velasquez LFE, editor.. Manizales- Colombia: Univeridad de Caldaz, Ciencia para la Salud; 2007. p. 150.

Exámenes de laboratorio y gabinete.

En todo caso que se diagnostique obesidad, deberán tomarse para una segunda revisión en consulta los siguientes exámenes de laboratorio:

- A.** Química sanguínea: poniendo especial interés en las cifras de glucemia en ayuno y en el ácido úrico.
- B.** Glucemia postprandial de dos horas o en su defecto, curva de tolerancia a la glucosa y hemoglobina glucosilada para identificar casos de diabetes mellitus o de prediabetes.
- C.** Niveles séricos de insulina: revelan la existencia de un probable hiperinsulinismo y una resistencia a la insulina secundaria.
- D.** Biometría hemática: para identificar con oportunidad casos de poliglobulia asociados a hipoventilación con hipercapnia e hipoxemia.
- E.** Perfil de lípidos: solicitando se determinen colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos.
- F.** Perfil tiroideo: el hipotiroidismo puede participar como un factor que predisponga a la disminución en el consumo de energía.

Determinación de gases en sangre arterial, fundamentalmente en aquellos casos en que coexisten obesidad e hipoventilación, manifestada clínicamente por disnea, apnea del sueño y acrocianosis. Los exámenes de gabinete deberán contemplar:

Los puntos d, e, f, g y h sobre todo son solicitados si el paciente es valorado para cirugía bariátrica.²³

²³ Hospital General de Mexico. Obesidad Hoapital General de Mexico. [Online]. [cited 2017 Febrero 18. Available from: www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/diagnosticas/10_obesidad.

TRATAMIENTO.

La obesidad es un tema complejo que requiere la participación amplia de todos los involucrados (paciente y entorno familiar, escolar, laboral, etc.); su prevalencia se está incrementando a nivel mundial con importantes consecuencias para la salud de la población y severo impacto en los costos de los servicios de salud. Por lo que se hace evidente, por un lado, la intervención de diferentes disciplinas en su manejo y por el otro la evaluación de la eficacia en las estrategias implementadas para su control y prevención.

El objetivo de este enfoque es comprender las vías causales que provocaron los patrones de obesidad en la población e identificar dónde se pueden implementar intervenciones que en términos generales sean susceptibles de aplicar con éxito.

El desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas se originó en los cambios graduales que se produjeron paulatinamente en el complejo conjunto de factores sociales. Los niños son ahora menos activos en los diferentes aspectos de la vida cotidiana. Van a la escuela en transporte colectivo o automóvil, no van caminando o en bicicleta como antes. El tiempo libre lo utilizan en “actividades” sedentarias (Televisión, computadora y videojuegos). Ya no salen a la calle o a los jardines y parques a jugar o “andar” en patines o bicicleta, por la inseguridad y el gran número de vehículos automotores que circulan en todas partes de la ciudad. Los hábitos de alimentación, como los tipos y la composición de la dieta, las comidas fuera de casa y el tamaño de las porciones también se han modificado. La publicidad de alimentos y refrescos en los medios de difusión en las horas que los chicos ven televisión es abrumadora, y los fabricantes saben que este auditorio es terreno fértil para sus productos.

Antes de iniciar el tratamiento debe haber un acuerdo entre el paciente, el médico y la familia que garantice el apego a las indicaciones; a este respecto, parecen adecuadas las siguientes recomendaciones de la Oficina de Salud Infantil de los EUA:

1. El tratamiento deberá iniciarse a partir de los dos años en niños con sobrepeso.
2. La familia debe estar preparada para el cambio, de lo contrario el tratamiento fracasará.
3. El médico tiene la obligación de informar a la familia acerca de las complicaciones de la obesidad.
4. El médico deberá involucrar en el programa de tratamiento a la familia y a todos los que participen en el cuidado del niño.
5. El médico debe animar e insistir, pero no criticar.
6. El programa de tratamiento se elaborará para establecer cambios permanentes.
7. El programa de tratamiento permitirá ayudar a la familia a realizar cambios pequeños, pero progresivos.
8. El programa de tratamiento deberá incluir la enseñanza para monitorear la comida ingerida y el ejercicio realizado, de preferencia por el niño mismo.

En casos complicados o con enfermedades agregadas participarán profesionales de otras especialidades para el tratamiento integral, Ej. Cardiólogo, Endocrinólogo, Nutriólogo, Psicólogo etc.

INTERVENCIONES DIETÉTICAS

Educación y orientación alimentaria en el manejo de la obesidad.

Un punto elemental en el manejo del paciente obeso es la educación y orientación alimentaria. La Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA22005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para brindar orientación publicada el 23 de enero del 2006 en el Diario Oficial de la Federación establece los criterios generales de orientación alimentaria para dar a la población opciones prácticas con respaldo científico, promoviendo la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Además, proporciona elementos para brindar información homogénea y consistente para mejorar el estado de nutrición y prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación. Menciona que las actividades operativas de orientación alimentaria serán efectuadas por personal calificado y capacitado a través programas y material correctamente estructurado. El nutriólogo es el personaje responsable de proporcionar toda la información relacionada con la alimentación, para ello es fundamental que domine los lineamientos de la NOM 043 y en ella basar la formulación sus técnicas para ofrecer a su paciente la información oportuna. Por tanto, de acuerdo con la NOM-043-SSA22005, colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

El plato del bien comer representación gráfica de los grupos de alimentos es una herramienta útil y sencilla para dar orientación.²⁴

²⁴GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil España: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009.

A continuación, se muestran Planes de Alimentación correcta, que servirá como base para elaborar planes personalizados alimenticios con alimentos frescos de temporada, de la región que se encuentra.

	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3	Ejemplo 4	Ejemplo 5
Desayuno	Leche, 1 vaso Huevo a la mexicana Ensalada de brócoli con ejotes y jitomate Fruta fresca de temporada, 1 pieza Tortillas de maíz, dos piezas	Café con leche, 1 taza Sándwich con queso panela, aguacate, jitomate y germinado Fruta fresca de temporada, 1 pieza	Te o café Fruta de temporada con yogurt natural, 1 platito Ensalada de atún con verduras Salsa mexicana Galletas habaneras 5 piezas	Atole de avena, 1 pieza Queso panela asado en salsa verde con calabacitas y zanahorias Fruta fresca de temporada 1 pieza Tortilla de maíz 2 piezas	Café con leche, 1 taza Pechuga asada Salsa al gusto Fruta fresca de temporada 1 pieza Tortillas de maíz, 2 piezas
Refrigerio matutino	Quesadillas de requesón con champiñones y salsa mexicana Guayaba 3 piezas Agua simple potable	Ensalada de espinacas, lechuga y jitomate con pollo deshebrado Galletas de avena Naranja 1 pieza Agua simple potable	Medio sándwich con jamón, queso, jitomate y germinado Mango manila 1 pieza Agua simple	Yogurt natural con fruta fresca picada Pepino con limón y una pizca de sal Barrita de fibra ½ pieza agua simple potable	Ensalada de verduras con cuadritos de queso panela Plátano tabasco 1 pieza chica Galletas habaneras 4 piezas Agua simple potable
Comida	Sopa de verduras 1 tazón Arroz ½ taza Carne asada Ensalada de verduras Frijoles caldosos ½ de taza Fruta fresca de temporada 1 pieza Tortillas de maíz 1 pieza	Consomé con verduras, 1 tazón Pollo a la jardinera Ensalada de nopalitos Frijoles caldosos ½ taza Fruta fresca de temporada 1 pieza Tortilla de maíz 2 piezas	Sopa de hongos, 1 tazoncito Picadillo con verduras Frijoles caldosos ½ taza Fruta fresca de temporada 1 pieza Tortillas 2 piezas	Ensalada de verduras 1 platito Filete de pescado a la veracruzana Frijoles caldosos ½ taza Fruta de temporada 1 pieza Tortilla de maíz, 2 piezas	Sopa de habas, 1 tazoncito Arroz ½ platito Calabazas rellenas de queso panela, 2 piezas Fruta fresca de temporada 1 pieza Tortillas de maíz, 2 piezas
Refrigerio vespertino	Jícama rallada con limos	Fruta fresca de temporada 1 pieza	Nopal asado 1 pieza	Fruta fresca de temporada 1 pieza	Jitomate rebanado con limón
Cena	Cocotal de fruta con yogurt natural 1 plato Sope de frijolitos, lechuga, nopalitos salsa y queso, 1 pieza Te al gusto	Café con leche descremada Queso panela asado en salsa verde con calabacitas 1 platito de fruta fresca de temporada 1 pieza Tortilla de maíz 1 pieza	Leche descremada, 1 vaso Tostada de aguacate con queso panela y salsa, 1 pieza Brócoli cocido Fruta fresca de temporada 1 pieza	Yogurt natural con amaranto, 1 taza Mollete de frijoles con queso panela 1 pieza Sala mexicana Fruta fresca de temporada 1 pieza	Leche Ensalada de atún a la mexicana Galletas saladas 5 piezas Fruta fresca de temporada 1 pieza

FUENTE: MANUAL IMSS NUTRICIÓN²⁵

²⁵ IMSS. NUTRICION. 2010..

Los tres principales objetivos de una dieta saludable son:

1. Proporcionar una variedad de alimentos diferentes.
2. Suministrar todos los nutrientes en cantidades adecuadas.
3. Proporcionar suficiente energía (calorías) para mantener una masa corporal ideal.

En la actualidad disponemos de tantos alimentos entre los que elegir que debemos aprender a tomar decisiones saludables en materia de alimentos. Se debe subrayar que no existen alimentos “buenos” o “malos”, sino sólo una buena o mala dieta global. Una dieta saludable infantojuvenil debe constar de los siguientes grupos y cantidades de alimentos:

- 2-3 raciones diarias de productos lácteos (por ejemplo, leche, yogur, queso, etc.). 2-3 raciones diarias de alimentos ricos en proteínas (por ejemplo, carne, aves de corral, pescados, legumbres, huevos o frutos secos).
- 6-11 raciones de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos y no refinados (por ejemplo, pan, cereales, arroz o pasta).
- 2-4 raciones diarias de fruta.
- 3-5 raciones diarias de verduras.
- Al menos 2-3 litros de líquidos.

Se deben consumir con prudencia grasas, aceite, sal y azúcares refinados.

Una buena regla es consumir principalmente alimentos no refinados y no procesados en la medida de lo posible como parte de su dieta básica.

Es importante variar los tipos de alimentos que se consumen dentro de cada grupo de alimentos, con el fin de garantizar la ingesta de los micronutrientes necesarios, tales como minerales y vitaminas. Las cantidades de cada grupo de alimentos que se deben consumir dependen de la edad, el peso y el nivel de actividad de la persona joven en cuestión, y aquellas con mayor edad o peso, o que son más activas, necesitan mayores cantidades de cada grupo de alimentos.

El desayuno debe incluir algunos productos lácteos, pan o productos de cereales (preferiblemente integrales con un contenido mínimo en azúcares refinados) y fruta.

Los dulces y las golosinas (que contienen un alto nivel de azúcares refinados) y los alimentos con niveles elevados de sal (por ejemplo, las bolsas de patatas fritas) que tiene calorías vacías se deben comer únicamente de forma ocasional

Preferiblemente los alimentos deben ser horneados, asados o hervidos

Respetar el horario de comidas,

El tratamiento debe encaminarse a modificaciones dietéticas. Se insistirá en los alimentos con poca grasa, pan blanco o integral, frutas frescas vegetales frescos crudos o hervidos y con cascará, leche semidescremada, carne magra, pollo sin piel, pescado etc.

A continuación, mencionare algunos alimentos que es “permitidos” o que deben consumirse frecuentemente y no tan frecuentemente.²⁶

Consumirse frecuentemente	Consumirse no tan frecuentemente
Leche	Grasas insaturadas
Carne, pollo, pescado, huevos	Alimentos controlados
Frijoles	Almíbar (alimentos con azúcar refinada)
Cereales integrales	Alimentos fritos
Verduras	Batidos, helados
Frutas	Bombones
	Dulces, mermeladas y refrescos

²⁶ Aznar Lain SWT. In Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia, Guía para todas las personas que participan en su educación. Madrid; 2006. p. 40

INTERVENCIONES PARA DISMINUIR EL SEDENTARISMO.

Beneficios para la salud durante la infancia la actividad física en la infancia genera una serie de beneficios durante la niñez que incluyen un crecimiento y un desarrollo saludables del sistema cardiorrespiratorio y músculo-esquelético, el mantenimiento del equilibrio calórico, y por lo tanto, un peso saludable, la prevención de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares tales como la hipertensión o el elevado contenido de colesterol en sangre, y la oportunidad para desarrollar interacciones sociales, sentimientos de satisfacción personal y bienestar mental. El grado en el que la inactividad contribuye a los crecientes niveles de obesidad en la infancia no ha sido definido con claridad sin embargo investigaciones han demostrado que los niños y niñas menos activos físicamente y aquellos con una condición física cardiovascular (aeróbica) deficiente presentan más probabilidades de tener factores de riesgo para estas enfermedades, tales como unos niveles inferiores de colesterol “bueno” (colesterol de lipoproteínas de alta densidad).

En la actualidad existe un amplio consenso acerca de que el incremento de la participación en actividades físicas y la reducción de la conducta sedentaria deben ser el principal objetivo de las estrategias dirigidas a prevenir y a tratar el sobrepeso y la obesidad en la infancia y la adolescencia.

- En la población infantil y adolescente con sobrepeso u obesidad, se aconseja limitar las horas de televisión o videojuegos a un máximo de 1,5h al día con el objetivo de reducir el sedentarismo.
- En la población infantil y adolescente con sobrepeso u obesidad, se recomienda reducir el sedentarismo para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantojuvenil.
- El desarrollo de la actividad y ejercicio físico será un momento de diversión y juego. Son preferibles las actividades en grupo, divertidas y al aire libre, que permitirán un refuerzo positivo.
- Se recomienda retirar la televisión, las videoconsolas y los ordenadores de las habitaciones de niños y niñas y adolescentes con sobrepeso u obesidad.

Rutinas de ejercicios para adolescentes.

Implementar estrategias para combatir el sedentarismo y con ello disminuir el sobrepeso y obesidad, una buena manera de iniciar una rutina de ejercicio será el pedir al paciente que lo ejecute durante 15 minutos alcanzando el 60% de su frecuencia cardiaca máxima, cuando menos cuatro veces a la semana, considerándose como meta el que el enfermo realice 60 minutos diariamente al cabo de seis meses. Debe sugerirse que, si el paciente es incapaz de mantener una rutina de 60 minutos, puede realizar tres rutinas de 20 minutos durante el día

- El ejercicio físico por desarrollar deberá ser de tipo mixto, es decir aeróbico, de estiramiento y flexibilidad, y de fuerza y resistencia muscular.
- En el caso del ejercicio aeróbico, se puede sugerir al paciente que corra, trote, nade, baile, practique patinaje, ciclismo o calistenia, previos ejercicios de estiramiento y flexibilidad.
- Antes de iniciar una rutina de ejercicio, deberá establecerse la ausencia de trastornos de la ventilación muy severos, así como la existencia de cardiopatía isquémica, sobre todo en pacientes mayores de 35 años que han estado inactivos por largo tiempo. ²⁴

²⁴Ibidem p. 56.

A continuación, se mencionan actividades que puede implementar fácilmente para disminuir el sedentarismo.

ACTIVIDADES FÍSICAS EN EL ESTILO DE VIDA	Todos o casi todos los días de la semana Moderada (como andar de prisa) 60 min. o más, o 12.000 pasos (utilizando un podómetro)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caminar más ➤ Subir más escaleras ➤ Ayudar en las tareas domésticas y en el jardín ➤ Jugar de forma activa 	
ACTIVIDADES AERÓBICAS, JUEGOS DEPORTES Y RECREACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> – 3-6 días/semana – Hacer que las pulsaciones suban a un ritmo más rápido de lo normal – Acumular 30 minutos o más al día (pero es bueno detenerse y descansar durante el juego)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Juegos activos y práctica de deportes ➤ Correr, saltar ➤ Montar en bicicleta ➤ Nadar ➤ Patinar ➤ Saltar a la comba 	
ACTIVIDADES DE FLEXIBILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> – 3-7 días/semana – Estira más de lo normal sin dolor – Varias veces al día
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estiramientos ➤ Gimnasia ➤ Yoga, pilates, etc. ➤ Juegos que impliquen flexibilidad 	
ACTIVIDADES DEL FITNESS MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> – 2-3 días/semana – Usa tus músculos más de lo normal – Muchas veces al día
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Trepar cuerdas ➤ Ejercicios de fitness muscular ➤ Escalada ➤ Ejercicios con bandas elásticas ➤ Juegos de condición física 	

Esquema de Actividad del libro Física y salud en la infancia y la adolescencia, Guía para todas las personas que participan en su educación²⁶

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS.

Al no existir claridad respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere, tanto en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), variables afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y variables ambientales (costumbres, hábitos familiares, entre otras). Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo, por tanto, la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

- Se recomienda el tratamiento de apoyo psicológico (con terapia conductual o cognitivo-conductual) para el sobrepeso y la obesidad en menores y adolescentes.
- Se recomienda el empleo de terapia dirigida al estrés y otras técnicas psicológicas (formulación de objetivos, auto monitorización, etc.) para el tratamiento de la obesidad en menores y adolescentes.
- Se debería incluir el tratamiento psicológico individual o grupal en los programas de intervenciones combinadas para menores y adolescentes con obesidad.²⁴

²⁴Ibidem p. 54.

INTERVENCIONES FARMACOLOGICAS.

- **Sibutramina**

En adolescentes con obesidad la sibutramina ha demostrado disminuciones significativas en las variables relativas al peso a una dosis de 10 mg/día en comparación con el placebo (disminución aproximada de 7 kg). Sin embargo, la sibutramina se asocia a efectos adversos como aumentos en la presión arterial, la frecuencia cardíaca o ambas. No se dispone de datos a largo plazo. Actualmente se ha suspendido su comercialización por un riesgo mayor en su uso que el beneficio esperado.

En personas adultas, la sibutramina produce una disminución significativa del peso (-4,2 kg), del IMC, el perímetro de la cintura y la concentración de triglicéridos. También se asocia a un aumento de la presión arterial, así como a taquicardia y otros efectos adversos como náuseas y sequedad de boca. Actualmente se ha suspendido su comercialización por un riesgo mayor en su uso que el beneficio esperado.²⁴

Farmacodinamia

Sibutramina actúa como inhibidor de la recaptación de la noradrenalina (73%) serotonina (54%) sin inhibición significativa de la recaptación de la dopamina (16%). ejerce su acción mediante los metabolitos activos secundarios y primarios (m1 y m2). los efectos están relacionados con el incremento de los niveles sinápticos de noradrenalina y serotonina a nivel central. los efectos termogénicos (gasto de energía) parecen estar relacionados más específicamente con la activación de los receptores β_3 . la sibutramina y sus metabolitos activos carecen de actividad sobre otros receptores o que indica que no inducirán efectos secundarios ni produce sus efectos farmacológicos mediante interacción directa con estos receptores.

Farmacocinética

Tras administración oral, la concentración plasmática máxima de sibutramina se alcanza en 1.2 horas, la de sus dos metabolitos activos en 3 horas. los niveles de equilibrio estacionario en 4 días. se une a proteínas plasmáticas en una 94%. se metaboliza en el hígado, vía citocromo p4303a4, a los metabolitos activos desmetilados m1 y m2. el 85% se excreta en orina en forma de metabolitos sin actividad farmacológicas. la vida media de eliminación de 14 y 16 horas respectivamente.

Efectos Secundarios

aparecen al principio del tratamiento en las 4 primeras semanas disminuyendo su intensidad y frecuencia con el tiempo. En general no son graves y son reversibles: estreñimiento sequedad de boca, insomnio, taquicardia, aumento de la PA, hipertencion, nauseas hemorroides.²⁷

- **Orlistat**

El orlistat no ha presentado resultados consistentes en adolescentes. Dos ECA han evaluado su eficacia (120 mg/8h) en adolescentes^{283,284}. Los efectos adversos de tipo gastrointestinal solamente se dieron en los grupos de tratamiento con orlistat y provocaron el abandono del 2% de los participantes.²⁴

Farmacodinamia

El orlistat produce una pérdida de peso mediante la inhibición de la absorción de nutrientes. En las lipasas gástrica y pancreática, se forma un enlace covalente entre uno de los residuos de serina de la enzima y la pared del intestino lo que impide que la lipasa hidroliza los triglicéridos de la dieta en ácidos grasos y mono glicéridos. De

²⁷VADMECUM Monografías Principio Activo:. [Online].; 01/12/2016 [cited 2017 06 12. Available from: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metformina-a10ba02>

²⁴Ibidem p. 86.

esta manera se reduce la absorción de grasas. Como consecuencia, la ingesta calórica se reduce, el balance energético se vuelve negativo y se produce una pérdida de peso. Con las dosis recomendadas de 120 mg de orlistat 3 veces al día, la absorción de grasas se reduce en un 30%.

Farmacocinética

El orlistat muestra una absorción sistémica mínima. Los niveles plasmáticos máximos (< 5 ng/ml) se observan a las 8 horas después de una dosis de 360 mg. En los estudios clínicos se han observado consistentemente niveles plasmáticos muy bajos del fármaco sin que se produjera acumulación. Los efectos del fármaco se mantienen entre las 24 y 48 horas. In vitro, el orlistat se une en > 99% a las proteínas del plasma. El orlistat se metaboliza en el intestino a metabolitos inactivos o casi inactivos y el 83% de la dosis se excreta sin alterar. La eliminación renal es inferior al 2% de la dosis. La semi-vida de eliminación de la porción absorbida del orlistat es de 1-32 horas.²⁷

Efectos Secundarios.

Estos síntomas son generalmente moderados, ocurren al comienzo del tratamiento, y se presentan sobre todo después de comidas que tienen altos niveles de grasa. Normalmente, estos síntomas desaparecen si continúa con el tratamiento y sigue la dieta recomendada:

Cefalea, dolor o molestias abdominales, urgencia o aumento de la necesidad de defecar, flatulencia (gases) con incontinencia fecal, incontinencia fecal aceitosa, heces aceitosas o grasas, heces líquidas, bajos niveles de azúcar en sangre (experimentado por algunos pacientes con diabetes tipo 2).²⁷

- **Rimonabant**

No se dispone de estudios de rimonabant en adolescentes. Dos metaanálisis en personas adultas 276,290 mostraron una disminución significativa del peso al año de tratamiento, pero también un aumento de la incidencia de trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, irritabilidad, agresión) que ocurrieron en el 6% de los participantes que recibieron rimonabant (3% más probable en el grupo de tratamiento en comparación con placebo). Actualmente se ha suspendido su comercialización por efectos adversos psiquiátricos graves.²⁴

Farmacodinamia

Es un antagonista selectivo del receptor cannabinoide-1. El sistema endocannabinoide está presente en el cerebro y tejidos periféricos y afecta al equilibrio energético, al metabolismo de la glucosa y lipídico y al peso corporal

Farmacocinética

El rimonabant es directamente proporcional a la dosis hasta alrededor de los 20 mg. Por encima de 20 mg la ABC se incrementa menos que la proporción de dosis. Muestra una alta permeabilidad in vitro y no es un sustrato de la Pglicoproteína. No se ha determinado la biodisponibilidad absoluta de rimonabant. Después de administrar múltiples dosis una vez al día de 20 mg en sujetos sanos en ayunas, las concentraciones plasmáticas máximas de rimonabant se alcanzaron en aproximadamente 2 horas con unos niveles plasmáticos en estado estable alcanzados en 13 días.

Efectos secundarios.

Ansiedad, insomnio, alteraciones del estado de ánimo con síntomas depresivos. Diarrea, Vómitos, vertigo.²⁷

- **Metformina**

Se han observado disminuciones de las variables relativas al peso en adolescentes con obesidad tratados con metformina (con distintas dosis) en comparación con placebo. También se han observado efectos adversos (náuseas, diarrea) que se han resuelto con la disminución de la dosis.²⁴

Farmacodinamia

Es la disminución de la gluconeogénesis hepática. Además, la metformina mejora la utilización de la glucosa en músculo esquelético y en tejido adiposo aumentando el transporte de la glucosa en la membrana celular. Esto puede ser debido a una mejor fijación de la insulina a sus receptores ya que la metformina no es eficaz en los diabéticos en lo que no existe una cierta secreción residual de insulina.

Farmacocinética

Se administra por vía oral. Su biodisponibilidad es del 50-60%. Después de una dosis oral de metformina (de liberación retardada) las concentraciones máximas se consiguen a las 7 horas y los niveles plasmáticos son un 20% más bajos que los objetivos después la misma dosis de fármaco no retardado. La absorción del fármaco es idéntica si se administra 2.000 mg en una sola dosis de liberación retardada que si se administra la misma dosis en dos comprimidos normales. Los alimentos retrasan ligeramente la absorción de los comprimidos convencionales de metformina. Pese a ello, se recomienda que el fármaco se ingiera con las comidas. Por el contrario, los alimentos aumentan la extensión de la absorción de metformina en comprimidos de liberación retardada.

Efectos Secundarios.

Las reacciones más características son náuseas, vómitos, anorexia, lo que se traduce en baja de peso, alteraciones del gusto, disminución de la absorción, incluyendo la vitamina B12, acidosis láctica (incidencia menor que con otras biguanidas).²⁷

- **Recomendaciones**

En adolescentes (de 12 a 18 años) con obesidad y comorbilidades graves que no han respondido al tratamiento con dieta y cambios en el estilo de vida, puede valorarse el tratamiento con sibutramina* (10 mg/día), dentro de un programa de modificación del estilo de vida supervisado por especialistas en endocrinología y nutrición, medicina de familia o pediatría con formación en el tratamiento de la obesidad. Actualmente se ha suspendido su comercialización por un riesgo mayor en su uso que el beneficio esperado. Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.²³

En adolescentes (de 12 a 18 años) con obesidad y comorbilidades graves que no han respondido al tratamiento con dieta y cambios en el estilo de vida, puede valorarse el tratamiento con orlistat* (120 mg con el desayuno, la comida y la cena), dentro de un programa de modificación del estilo de vida supervisado por especialistas en endocrinología y nutrición, medicina de familia o pediatría con formación en el tratamiento de la obesidad.

El tratamiento con orlistat* debe suplementarse con un complejo de vitaminas liposolubles (A, D, E y K) que debe administrarse antes de acostarse o dos horas después de la ingesta del fármaco.

En adolescentes (de 12 a 18 años) con obesidad y resistencia a la insulina o intolerancia a la glucosa que no han respondido al tratamiento con dieta y cambios en el estilo de vida, puede valorarse el tratamiento con metformina (500-850 mg/12h), dentro de un programa de modificación del estilo de vida supervisado por

especialistas en endocrinología y nutrición, medicina de familia o pediatría con formación en el tratamiento de la obesidad. Dado que tanto el orlistat como la sibutramina* no están aprobados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios y la Agencia Europea del Medicamento para su uso en menores de 18 años y la metformina carece de indicación para el tratamiento de la obesidad en población adulta y pediátrica, se debe obtener el consentimiento informado de los familiares, tutores y del adolescente, en caso de proceder a su prescripción. Actualmente se ha suspendido la comercialización de la sibutramina por un riesgo mayor en su uso que el beneficio esperado.

La decisión de iniciar un tratamiento farmacológico debe individualizarse en función de la presencia de comorbilidades graves y tratamientos asociados. Los tratamientos y su indicación deben ser reevaluados periódicamente y no utilizarse como tratamientos indefinidos. Se recomienda comentar siempre los beneficios y riesgos de los tratamientos farmacológicos con los familiares o tutores, así como con el adolescente.²⁴

²⁴Ibidem p. 87-90.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

La cirugía para la OB solamente debe considerarse en los adolescentes en circunstancias excepcionales, como es la OB grave con comorbilidades graves y el fracaso de todas las medidas terapéuticas anteriormente evaluadas. Además, solamente se dispone de información proveniente de series de casos y de consensos de expertos y se desconocen sus efectos a largo plazo, por lo que su puesta en práctica debe evaluarse de forma muy cuidadosa.

No se ha identificado información sobre la eficacia del balón intragástrico en adolescentes para el tratamiento de la obesidad. La cirugía bariátrica solamente debería utilizarse en adolescentes con obesidad grave ($IMC \geq 40$ kg/m²) y comorbilidad grave o con obesidad extrema ($IMC \geq 50$ kg/m²), cuando se haya constatado el fracaso en el control del peso mediante actuaciones intensivas para la modificación del estilo de vida, asociadas o no con tratamiento farmacológico, durante un período mínimo de seis meses.

Los candidatos a cirugía bariátrica deberían ser seleccionados tras una evaluación cuidadosa por un equipo multidisciplinar con pericia médica, quirúrgica, psiquiátrica y nutricional en el tratamiento quirúrgico de la obesidad en adolescentes. La cirugía bariátrica solamente debería llevarse a cabo en adolescentes con madurez física y psicológica, conscientes de los riesgos y beneficios de la cirugía y que tengan el apoyo de la familia.

La cirugía bariátrica solamente debería ser llevada a cabo por cirujanos altamente especializados. El seguimiento de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica debería ser de por vida, para asegurar una pérdida de peso óptima y un buen estado de salud. Se deben controlar los posibles déficits de vitaminas (B12, B6, B1, B2, D y folatos) y minerales (hierro, calcio y zinc) tras una cirugía bariátrica y proceder a su suplementación en caso necesario.²⁴

²⁴Ibidem p. 94

POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL MANEJO DE LA OBESIDAD.

Los avances en México.

México desde 1998 publica la Norma Oficial Mexicana 174, para el manejo integral de la obesidad, en donde se establecen los lineamientos para el manejo a las personas con obesidad, así como las funciones de los integrantes del equipo de salud (médico, farmacéutico, psicólogo, enfermera y nutriólogo) en el manejo individual del paciente con sobrepeso y obesidad, sin embargo, no contempla otras acciones como se comentan en párrafos anteriores. Es en el mes de enero del año 2010 que publica el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad. En este documento se retoman las políticas emanadas de la OMS y se consideran diez objetivos:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud. 6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
6. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y

accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.

7. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
8. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
9. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio con la colaboración de los sectores público, privado y social.²⁸

²⁸ González JAM. Obesidad Un enfoque multidisciplinario. 1st ed. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo Abasolo 600, Centro, Pachuca, Hidalgo, México, CP 42000: UAEH; 2012.

COMPLICACIONES.

Enfermedades asociadas a obesidad.

Las consecuencias negativas de la obesidad durante los primeros años de vida son tanto fisiológicas (médicas) como psicosociales. Probablemente las consecuencias más generalizadas de la obesidad en la infancia sean psicosociales. Los niños y niñas obesos se convierten en los blancos de una discriminación sistemática y temprana y tienden a desarrollar una autoimagen negativa que parece persistir en la edad adulta. Además, existen numerosas complicaciones para la salud que se pueden observar durante la infancia y la adolescencia y que incluyen. Se ha investigado los efectos a largo plazo de la obesidad en la infancia y la adolescencia sobre la morbilidad y la mortalidad en la edad adulta se ha observado un nivel más elevado de mortalidad debida a todas las causas, así como un nivel más alto de las siguientes enfermedades:

- Alteraciones del desarrollo puberal. Pubertad adelantada, pseudohipogonadismo, ginecomastia
- Trastornos ortopédicos: pie plano escoliosis coxa cava, enfermedad de perthes,
- Problemas dermatológicos. Estrías, infecciones por hongos en las zonas de los pliegues
- Trastornos de los lípidos en sangre (elevado nivel de triglicéridos, de colesterol de lipoproteínas de baja densidad
- Intolerancia a la glucosa (resistencia a la insulina) y diabetes de tipo 2.
- Cambios ateroscleróticos en las arterias (enfermedades coronarias).
- Problemas hepáticos, como la cirrosis.
- Hipertensión.
- Trastornos del sueño.
- Complicaciones ortopédicas, en especial de las caderas y las extremidades inferiores.

A continuación, se muestra una tabla con enfermedades relacionadas con la obesidad dependiendo el grado de esta.

RIESGO RELATIVO	ASOCIADA A CONSECUENCIAS METABOLICAS	ASOCIADA CON EXCESO DE PESO
Mayor aumento	Diabetes tipo 2 Hipertensión Dislipidemia Enfermedad vesicular Resistencia a la insulina Esteatosis hepática no alcohólica (hígado graso)	Apnea del sueño Asma Aislamiento social y depresión Somnolencia y fatiga
Aumento moderado	Enfermedad coronaria EVC Gota/hiperuricemia	Osteoartritis Enfermedad respiratoria Hernia Problemas psicológicos
Ligero aumento	Cáncer (mama, endometrial, colon y otros) Alteraciones en las hormonas reproductivas/fertilidad alterada Ovario poliquístico Alteraciones de la piel Cataratas	Venas varicosas Problemas musculoesquelético Incontinencia por estrés Edema/celulitis Lumbalgia

FUENTE: CENETEC. Prevención, Diagnóstico Y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exogena. ²

²Ibidem p. 61

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1 PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

Paciente masculino de 12 años de edad localizado en el hogar viviendo en familia de 4 integrantes, con madre, padrastro y hermano menor, estudia el 1° de secundaria, refiere aumento de peso de 8 kg al año, con alteraciones de obesidad en la familia materna, con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus tipo 2 e Hipertensión Arterial. Menciona comer más de lo necesario, se encuentra siempre hambriento ingiriendo dieta en gran cantidad y con exceso de carbohidratos obteniendo un excedente positivo muy alto para el gasto energético ya que su estilo de vida es sedentario, con actividades en las que se encuentran: ver televisión, iluminar y pintar bocetos. Al interrogatorio expresa que su conducta es retraída, tímida y con explosiones de ira, intolerante a la frustración, con bajo rendimiento escolar, dice ser hostigado por sus compañeros de clase. En lo correspondiente de su estado físico, se aprecia facies redonda, expresión verbal. Es de Biotipo morfológico Endomórfico, talla alta para su edad, con distribución de grasa superior o cefalotorácica, acumulada en dorso del cuello, hombros, espalda, cara, mitad superior del tronco y región epigástrica y lento al movimiento. Genitales de acuerdo con edad y sexo.

Somatometría

Peso: 70.200 kg **Talla:** 1,65 **PC:** 50 **PT:** 110 **PA:**104 **IMC:** 25.8

Signos vitales: **TA:** 90/60 mmhg **FC:**60 **FR:** 14 **Tem:**36.5

VALORACIÓN

I. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: T.A. S	EDAD: 12 años	SEXO: MASCULINO
DIAGNOSTICO MEDICO: OBESIDAD	Esta valoración se realizó en el domicilio del paciente	
DIRECCION: Unidad Presidente Madero Edificio H24 #204, Manzana 4, Delegación Azcapotzalco		
TELEFONO: 58841398	NOMBRE DEL PADRE / TUTOR / INFORMANTE: Carolina Ayala Herrera	
OPCUPACION DEL PACIENTE: Estudiante de 1 de secundaria		
INTEGRANTES DE LA FAMILIA: Está compuesta por 4 integrantes madre, padrastro, paciente y hermano menor,		

II. VALORACION POR NECESIDADES

1. OXIGENACIÓN

PATRON CARDIACO				
FRECUENCIA CARIACA:		60	latidos x min	
RITMO		PULSO		OBSERVACIONES
Taquicardia	NO	Rebosante	NO	Llenado capilar al 1 segundo buena coloración de tegumentos
Bradycardia	NO	Taquisfignia	NO	
Arritmia	NO	Bradisfignia	NO	
		Filiforme	NO	

PATRON RESPIRATORIO						
FRECUENCIA RESPIRATORIA (anotar cifra y lugar auscultado)						
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO		OBSERVACIONES
Normal	SI	Superficial		Kusmaull	NO	Buena permeabilidad de aire en cada narina nasal, campos pulmonares ventilados sin presencia de estertores y secreciones, ritmo regular, pulso intenso
Taquipnea	NO	Profunda		Ortopnea	NO	
Bradipnea	NO			Disnea	NO	
				Chernes Stokes	NO	

APOYO VENTILATORIO / APORTE DE OXIGENO				
TIPO DE RESPIRACION		APOYO VENTILATORIO		PARAMETROS DEL APOYO VENTILATORIO
Oral:	SI	Mascarilla		
Nasal:	SI	Puntas Nasaes		Ninguno
Artificial:	NO	Campana Cefálica		
		VENTILADOR		

COLORACION TEGUMENTARIA		
Cianosis Distal: No	Cianosis peri bucal: No	Palidez: No
Llenado Capilar: En un segundo		

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Peso: 70.200 KG	Talla: 1,60	Perímetro Abdominal: 110 cm
Peso ideal: 57 kg	Ha perdido o ganado peso (cuanto) Aumentado 4 kilos en 1 año aproximadamente	
Complejión (delgado, obeso, caquéxico): Con sobrepeso		

ALIMENTACION					
COME		SE ALIMENTA CON		TIPO DE ALIMENTACIÓN / HORARIO / CANTIDADES	OBSERVACIONES
Solo	SI	Cuchara	✓	Blanda	Mucosas orales hidratadas, labios rosados
Con ayuda		Vaso	✓	Normal ✓	
		Sonda		Papilla	
		Biberón		Suplementos	
				Especial	

CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:		TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS		ALIMENTOS O BEBEDIAS QUE CAUSAN AGRADO O DESAGRADO	OBSERVACIONES
< de 500ml		Agua	✓	Ninguna bebida causa desagrado a su paladar hasta el momento	Se encuentra siempre hambriento ingiriendo dieta en gran cantidad y con exceso de carbohidratos (frituras con mucha salsa picante, cereales de caja.
500 a 1000ml	✓	Te			
>de 1000ml		Jugos			
		Refrescos	✓		
		Otros:			

CAVIDAD ORAL Y MUCOSA					
CAVIDAD ORAL Y MUCOSA. Seca:		Hidratada: ✓	Estomatitis:	Caries: ✓	Gingivitis: ✓
Ulceras: NO	Sialorrea: NO	Xerostomía NO	Flictenas: NO		
Otras: Ninguna		OBSERVACIONES: Suele lavarse los dientes una vez al día, a veces mas			

DATOS DIGESTIVOS					
Anorexia: NO	Nauseas: NO	Vomito: NO	Indigestión: NO	Hematemesis: NO	Pirosis: NP
Distensión: ✓	Masticación dolorosa: NO	Disfagia: NO	Polidipsia: NO	Polifagia: NO	Sialorrea: NO
Onicofagia:	Regurgitación: NO	Otro:			
OBSERVACIONES: Se encuentra pasado de peso con obesidad, ginecomastia, el tejido adiposo se encuentra uniformemente en todo su cuerpo, en ocasiones suele presentar estreñimiento, pero aun así tiene apetito Ventre redondo y prominente					

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	NO	FALTA DE FUERZA	SI	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte en relación con las necesidades metabólicas excesivo m/p factores biológicos y factores económicos
TOTAL	SI	FALTA DE CONOCIMIENTO	SI	
INDEPENDIENTE	SI	FALTA DE VOLUNTAD	SI	

ELIMINACIÓN

ELIMINACION INTESTINAL							
TIPO		FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	OBSERVACIONES
Fisiológica		1 o 2 VECES POR DIA	500 MG	CAFE OBSCURO	NORMAL	NORMAL AVECES PASTOSA	Abdomen blando y depresible con forma redonda y prominente sin presencia de abultamientos o hernias no hay dolor a la palpación, cicatriz umbilical integra
Artificial (tipo)							
Estreñimiento: ✓	Flatulencia: ✓		Rectorragia: NO	Incontinencia: NO	Fisuras: NO	Pujo: NO	Tenesmo: NO
Masas:	Otros:						

ELIMINACIÓN URINARIA						
TIPO		FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	NORMAL
Espontanea	NO	4	400 a 500 MIL	AMARILLO	Normal	Color amarillo trasparente
Forzada	NO					
Artificial	NO					
CARACTERÍSTICAS						
Nicturia: NO	Anuria: NO	Disuria: NO	Enuresis: NO	Incontinencia: NO		
Incuria: NO	Oliguria: NO	Opsiuria: NO	Polaquiuria: NO	Poliuria: NO		
Tenesmo: NO						

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): Realizaba Taekwondo ,60 min 3 veces a la semana
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos):
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos):
Presencia de catéteres u otros dispositivos de tratamiento /diagnostico:
SOLO LACTANTES: ¿A qué edad se sentó? ¿A qué edad inicio a caminar? 1 años y 3 meses

VALORACION DE FUERZA /TONO MUSCULAR				
Parálisis: NO	Parresia: NO	Hemiplejia: NO	Paraplejia: NO	OBSERVACIONES Presenta una pequeña jibá en la parte superior del hombro
Tetraplejia: NO	Hipotonía: NO	Rigidez: NO	Espasticidad: NO	
Atrofia: NO	Distrofia: NO	Parestesia NO	Analgesia: NO	
Hiperalgnesia: NO				
Reflejos presentes: ✓				

VALORACION DE EQUILIBRIO / COORDINACION/ MARCHA				
Vértigo: NO	Inestabilidad: NO	Ataxia: NO	Marcha paretica:NO	
Marcha ataxoespastica: NO	Mioclonia: NO	Espasmos: NO	Temblores: NO	

5. DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: De 8 a 10 horas	¿Cuántas horas duerme por la noche en el hospital?:		
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: 2 horas aprox.	¿Siente descanso cuando duerme? Si		
¿Duerme con luz, música, objetos? Duerme con la tele encendida			
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar? Ninguno que dañe su salud			
CARACTERISTICAS			
Insomnio: ✓	Bostezos frecuentes: ✓	Se observa cansado: NO	Presenta ojeras: NO
Ronquidos: ✓	Somnoliento: ✓	Irritabilidad: NO	

TIPO DE SUEÑO		MEDICAMENTOS E INFUSIONES DE SEDACIÓN, RELAJACIÓN, ANESTÉSICOS ETC.	OBSERVACIONES
Fisiológico	✓	NINGUNO	Se duerme a altas horas de la noche casi todos los días utilizando los videojuegos hay veces que su mama no lo llevan a la escuela.
Inducido			

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Cuantos cambios de ropa en 24 horas realiza (interior y exterior): Un cambio de ropa para la ropa interior y exterior	
Necesita ayuda para vestirse: Es independiente	Usa ropa de la institución o personal: Personal
Tipo de ropa preferida: Le gusta la ropa holgada	
OBSERVACIONES: Le gusta estas cómodo con prendas holgadas	

7. TERMORREGULACIÓN

Temperatura corporal: 36.5	Escalofríos: NO	Piloereccion: NO	Diaforesis: NO
Hipotermias: NO	Hipertermia: NO	Distermias: NO	Rubicundez facial: SI
CONTROL TÉRMICO	PREDOMINIO DE CAMBIOS TERMICOS	HABITACION	OBSERVACIONES
Medios físicos	Matutino	Fría	Temperatura dentro de los límites y constante, con calor al tacto, con buena coloración de tegumentos
Medios químicos	Vespertino	Húmeda:	
	Nocturno	Templada:	

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

HIGIENE PERSONAL			
BAÑO (frecuencia)	DIENTES		OBSERVACIONES
Regadera: ✓	Frecuencia de lavado: DIARIO	Cantidad de dientes Cuenta con todas sus piezas dentales, aunque esta picada el 1 molar del lado izq.	Lengua rosada, dientes manchados color amarillo
Tina	Características de los dientes:		
Atrasa			
Aseo de cavidades			

PIEL					
PIGMENTACIÓN					
Palidez: NO	Cianosis: NO	Ictericia: NO	Rubicundez: ✓	Hiperpigmentación:	Cloasma:
Melasma:	angiomas	Manchas	Rosado ✓	Grisasea:	Apiñonada ✓
Morena clara: ✓	Morena intensa:	Morena media:			
TEMPERATURA	TEXTURA		LLENADO CAPILAR	OBSERVACIONES	
Fría	Edema:	Escamosa:	< de 5 se. ✓	Buena coloración de tegumentos, piel uniforme e hidratada con pliegues cutáneos pronunciados en la espalda lunares en el pecho con estrías en la espalda y el vientre	
Caliente:	Celulitis:	Lisa: ✓	>de 5 se.		
Tibia: ✓	Aspera:	Seca:			
Otras:	Turgente: ✓	Otras:			

ASPECTO Y LESIONES				
Maculas:	Pápulas:	Vesículas:	Pústulas:	Ronchas o habones:
Nódulos:	Tubérculos:	Ulceras:	Erosiones:	Fisuras:
Costras:	Red venosa:	Escaras:	Callosidades:	Isquemias:
Nuevos:	Tatuajes:	Prurito:	Petequias:	Equimosis:
Hematomas:	Signos de maltrato	Quemaduras:	Infiltración:	Verrugas:
OBSERVACIONES Sin datos de otro tipo de marcas o cicatrices, buena turgencia y coloración a excepción de estrías en la espalda.				

UÑAS			
Quebradizas:	Micosis:	Onicofagia:	Bandas Blancas: ✓
Amarillentas:	Cianóticas:	Estriadas:	Convexas:
Coiloniquia:	Leuco Niquía:	Hemorragias subungueales:	Deformadas:
OBSERVACIONES Forma y color normal, uñas con resistencia, buen llenado capilar			

CABELLO			
Implantación:	Limpio: ✓	Desalineado:	Sucio:
Seborreico:	Fácil desprendimiento: NO	Alopecia:	Distribución:
OBSERVACIONES: Color de cabello castaño oscuro grueso, con buena implantación y distribución en toda el área del cráneo			

OJOS			
Simetría: ✓	Asimetría:	Tumores:	Hemorragias:
Separación ocular:	Edema palpebral: NO	Secreción: ✓	Ojeras:
Tics:	Pestañas integrales o lesionadas:		Exoftalmos:
Exoftalmos:	Otros:		
OBSERVACIONES Ojos color oscuro hidratados, buena coloración sin presencia de dolor o tumoraciones y perforaciones			

OÍDOS			
Coloración: ROSADO		Cerumen: ✓	Deformidades:
Otorrea:	Edema:	Dolor:	Cerumen:
OBSERVACIONES: Sin alteraciones			

9. EVITAR PELIGROS

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS		
Esquema de vacunación. Completo: ✓	Incompleto:	Causa:
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): Pasa gran parte de su tiempo con los videojuegos e inactivo		
Cuando existe algún malestar usted hace:	Ir al médico: ✓	Tomar un medicamento que este en casa: NO
Número de personas con las que vive: 4 personas		
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): padrastro y abuelo		
En cada hay fauna nociva o domestica: No		
¿Que tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): Cuenta con todos los servicios		

DOLOR						
CARACTERÍSTICAS	TIPO	IRRADIACIÓN	TIEMPO	DURACIÓN	HORARIO	INTENSIDAD
Cólico	Superficial			Breve	Matutino	Fuerte
Punzante	Profundo			Temporal	Vespertino	Débil
Opresivo	Agudo			Intermitente	Nocturno	Profundo
Lacerante	Crónico				Otro:	Grave
Quemante	Intermitente					
Datos fisiológicos y neurológicas que acompañan el dolor: Ninguno						
Sitios anatómicos y ubicación del dolor: Ninguno						
El dolor se intensifica o disminuye con: Ninguno						
OBSERVACIONES: Ninguno de los anteriores						

ESTADO NEUROLÓGICO				
Alerta: ✓	Orientado (tiempo, espacio, lugar): ✓	Obnubilacion:	Coma:	
Estupor:	Hipervigilia:	Decorticación:	Descerebración:	Confusión:
Coma barbitúrico:	Dislalia	Hiperactividad:	Déficit de atención:	Agresividad
Letárgico:	Excitabilidad motriz:	Alucinaciones:	Fobias:	
OBSERVACIONES: ORIENTADO EN SUS TRES ESFERAS				

OTROS DATOS QUE PONGAN EN RIESGO LA VIDA (físicos, materiales, ambientales, familiares, personales, Aparatos y Sistemas)
El paciente ocupa la mayor parte de su tiempo en los videojuegos y viendo televisión los cual lo mantiene inactivo como consecuencia aumentado de peso sin mencionar que puede esto indica que no se adapta con los demás fácilmente y disminuye su capacidad mental.

10. COMUNICACIÓN

Pertenece a un grupo social: No								
Medios de comunicación frecuentes (auditivas, electrónicas, telefónicas etc.) Puede usar todos los medios a su alcance								
HABLA								
TIPO DE COMUNICACIÓN		TIPO DE HABLA						OBSERVACIONES Paciente con respuesta verbal entendible, pero tímido al conversar.
Oral	✓	Entendida		Tartamudeo		Pausado		
Escrita	✓	Poco clara		Baluceo		Afasia		
Señas		Incompleta		Dislexia		Dislalia		
		Incoherente		Indiferencia		Dialecto		

AUDITIVO			
Hipoacusia:	Sordera:	Deformidades:	Usa dispositivo
OBSERVACIONES Pabellón aurículas íntegro buen tamaño de acuerdo con edad, buena coloración y calor al tacto.			

PERSONALIDAD				
Alegre:	Tímido: ✓	Violento:	Sarcástico:	Noble:
Pasivo: ✓	Hiperactivo:	Enojo: ✓	Impulsivo:	Retador:
Superioridad:	Inferioridad:	Otro:		
OBSERVACIONES Es un niño tímido, en el interrogatorio a veces volteaba a ver a su mamá para responder, cuando le niegan algo suele enojarse demasiado Sufre bullying en la escuela por su peso, tiene bajo rendimiento escolar				

11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Religión que practica y frecuencia de asistencia: católica
Valores que se consideran importantes: Responsabilidad, respeto, honestidad
¿Cómo influye su religión o creencia en su vida?, No haciendo mal a terceras personas
¿Cómo influye su religión en el proceso de enfermedad? No influye en nada para mí
OBSERVACIONES:

12. TRABAJAR Y REALIZARSE

TRABAJO / OFICIO / TIPO DE TRABAJO (eventual, base, etc.)				
Padre: MILITAR	Madre: SECRETARÍA	Paciente: ESTUDIANTE DE 1° AÑO DE SECUNDARIA		
Ingreso económico mensual: 15 MIL PESOS MENSUALES				
¿La enfermedad de su hijo u otro miembro de la familia ha causado problemas emocionales, laborales, económicos y familiares? Si ya que presenta inseguridad y se aísla en la casa				
¿Qué sentimientos/inquietudes/ causa la enfermedad de su hijo? Pues es algo que no me causa inquietud ya que es modificable				
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? Si, comer sanamente y hacer ejercicio				
OBSERVACIONES El paciente tiene bajo rendimiento escolar y a veces no lo pueden llevar a la escuela, quedándose solo en casa ya que sus padres tienen que ir a trabajar, y su forma de distraerse es en la computadora, en los videojuegos y en la televisión y dibujando que es su hobby				
DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	NO	FALTA DE FUERZA	NO	Baja autoestima r/c rechazos m/p expresiones de impotencia e inutilidad
TOTAL	NO	FALTA DE CONOCIMIENTO	NO	
INDEPENDIENTE	NO	FALTA DE VOLUNTAD	NO	

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte? TAEKWOONDO
¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre? Jugar videojuegos y dibujar
¿Cuánto tiempo dedica a su persona? El mayor tiempo del día
¿Cuánto tiempo dedica a distraerse? La mayor parte del día
OBSERVACIONES: Tiene la habilidad de dibujar muy bien y hace bocetos de sus personajes favoritos, pero estas actividades que realiza no requieren actividad física

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	NO	FALTA DE FUERZA	NO	1. Sedentarismo r/c falta de interés m/p demuestra falta de condición física 2. Ansiedad r/c estrés m/p disminución de la productividad
TOTAL	NO	FALTA DE CONOCIMIENTO	NO	
INDEPENDIENTE	NO	FALTA DE VOLUNTAD	NO	

14. APRENDIZAJE

ESCOLARIDAD		
Padre: SECUNDARIA	Madre: PREPARATORIA	Paciente: PRIMARIA
Hermanos KINDER		
¿Qué le gustaría estudiar? DISEÑO GRFICO		

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
¿Conoce bien el concepto de la enfermedad que cursa? No ve la obesidad como una enfermedad
¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente? Es confusa para el
OBSERVACIONES: Desconoce las normas dietéticas a respetar sobre los diferentes grupos de alimentos. La familia presenta hábitos y costumbres de un alto consumo de calorías, y bajo en proteínas. El paciente sabe que la obesidad es nociva para su salud y quiere implementar nuevos hábitos alimenticios

DATOS DE DEPENDENCIA		ÁREA DE DEPENDENCIA		DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
PARCIAL	NO	FALTA DE FUERZA	NO	Disposición para mejorar la nutrición m/p expresar deseo de mejorar la nutrición
TOTAL	NO	FALTA DE CONOCIMIENTO	NO	
INDEPENDIENTE	NO	FALTA DE VOLUNTAD	NO	

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

HOMBRE
Características y/o alteraciones de los genitales: De acuerdo con su edad y sexo
Circuncisión: NO
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.) Solo usa jabón y se asea la zona cada vez que se baña
OBSERVACIONES: Presenta ginecomastia a expensas de panículo adiposo. Genitales de acuerdo con edad y sexo

Resultados de valoración y Diagnósticos de enfermería.

1. NUTRICIÓN	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	X
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad	X	Falta de conocimiento	X
	Relación Enf/Pte.	Sustituta		Ayuda		Orientación compañía	X
Diagnóstico de enfermería	Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte en relación con las necesidades metabólicas excesivo m/p factores biológicos y factores económicos						
2. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		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	Sedentarismo r/c falta de interés m/p demostrar falta de condición física						
3. NUTRICION	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		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	Disposición para mejorar la nutrición m/p expresar deseo de mejorar la nutrición						

4. TRABAJAR Y REALIZARSE	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	X
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad	X	Falta de conocimiento	X
	Relación Enf/Pte.	Sustituta		Ayuda		Orientación compañía	X
Diagnóstico de enfermería	Baja autoestima r/c rechazos m/p expresiones de impotencia e inutilidad						
5. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	Estado de salud	Dependiente		Parcialmente dependiente		Independiente	X
	Nivel de dependencia	Falta de fuerza		Falta de voluntad	X	Falta de conocimiento	X
	Relación Enf/Pte.	Sustituta		Ayuda		Orientación compañía	X
Diagnóstico de enfermería	Ansiedad r/c estrés m/p disminución de la productividad						

5.3 PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES DE VIRGÍNEA HENDERSON).

NECESIDAD	DIAGNÓSTICOS DE RIESGO	DIAGNÓSTICOS REAL	DIAGNÓSTICOS POTENCIAL	DIAGNÓSTICOS DE LA PROMOCIÓN A LA SALUD
1. NUTRICIÓN		Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte en relación con las necesidades metabólicas excesivo m/p factores biológicos y factores económicos.		
2. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS			Sedentarismo r/c falta de interés m/p demostrar falta de condición física	
3. ALIMENTARSE E HIDRATARSE ADECUADAMENTE				Disposición para mejorar la nutrición m/p: Expresa deseo de mejorar la nutrición.
4. TRABAJAR Y REALIZARSE			Baja autoestima r/c rechazos m/p expresiones de impotencia e inutilidad	
5. ACTIVIDAD Y RECREACIÓN			Ansiedad r/c estrés m/p disminución de la productividad	

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA					
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)					
RESULTADOS (S)	INDICADORES (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA		
DOMINIO: 2 Nutrición CLASE: 01 Ingestión Dx: Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte en relación con las necesidades metabólicas excesivo m/p factores biológicos y factores económicos DEFINICION: Aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas	RESULTADOS: DOMINIO: I Regulación metabólica CLASE: (1006) Peso: masa corporal DEFINICION: grado en el que el peso, el musculo y la grasa corporal sin congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad	(100601) Peso	1.- Desviación grave sustancial del rango normal 2.- Desviación moderada del rango normal 3.- Desviación leve del rango norma 4.- Sin desviación del rango normal	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>4</u>	
	CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC) CAMPO: 01 Fisiológico; Básico CLASE: D Apoyo nutricional INTERVENCION: Ayuda para disminuir de peso 1280 DEFINICION: Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal				
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada estableciendo una meta en un intervalo de tiempo, así como pesar al paciente semanalmente. Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta equilibrada según su estilo de vida y nivel de actividad, con pocas grasas, según corresponda, implementado consumir mayormente frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres, huevos y abundante agua, así como disminuir el consumo azucares refinados y alimentos procesados. 		FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION: Un plan de alimentación facilita la selección adecuada de los alimentos que se consumen ayudando a un mejor aprovechamiento nutricional, funcionamiento interno del organismo y la reconstrucción celular del mismo, manteniendo el balance energético por consiguiente un peso saludable. Se han visto efectos beneficiosos a corto plazo (3 meses) y largo plazo (1 año) en niños con sobrepeso con cuidados que contiene dieta y manejo conductual asociándose con pérdida de peso significativo, disminución de grasa corporal colesterol total. Además, la disminución en el consumo de bebidas azucaradas en jóvenes de 13 a 18 años incluidos en un programa comunitario mostro disminución en el IMC especialmente en quienes tiene IMC elevados Con estos cuidados se promueven hábitos y un estilo de vida saludable, así como también los siguientes puntos: -Prevenir las enfermedades por deficiencia de nutrientes (desnutrición, anemia nutricional, osteoporosis y bocio endémico) -Prevenir las enfermedades crónicas relacionadas a excesos en la alimentación (sobrepeso, obesidad, diabetes,			

<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la auto monitorización de la ingesta dietética haciendo que el paciente realice un diario en papel o a través de un dispositivo electrónico con el fin de registrar los resultados y así motivar a seguir con conductas que favorezcan su salud o establecer un nuevo régimen. 	<p>enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y algunos tipos de cáncer).</p> <p>En niños con sobrepeso el mantenimiento del peso tiene como propósito el crecimiento lineal con un reajuste gradual de la composición corporal impidiendo el progreso a la obesidad, además la persona se vuelve más disciplinado no solo en su forma de comer sino también en todas las áreas de su vida. ^{19 29}</p>
---	--

²⁹ Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. [Online]. [cited 2017 Marzo 1. Available from: www.fao.org/docrep/013/am289s/am289s02a.pdf

¹⁹ Ibidem p. 15

NIVEL:	ESPECIALIDAD:	ESPECIALIDAD:	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
DOMINIO: 4 Actividad/reposo CLASE: 02 Actividad/ejercicio Dx: 00168 Sedentarismo r/c falta de interés m/p demuestra falta de condición física DEFINICION: Informes sobre hábitos de vida que se caracteriza por un bajo nivel de actividad física.			CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
			RESULTADOS (S)	INDICADORES (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
			RESULTADOS: (1855) Conocimiento de vida saludable DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud CLASE: conocimientos sobre la salud DEFINICION: Grado de conocimiento transmitido sobre un estilo de vida saludable, equilibrado, coherente con los propios valores, fortalezas e intereses.	(185516) Beneficios del ejercicio regular	1.- Ningún Conocimiento Escaso 2.- Conocimiento Moderado 3.- Conocimiento Sustancial 4.- Conocimiento Extenso	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>5</u>
			CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)			
CAMPO: 01 Fisiológico; Básico CLASE: A Control de actividad física y ejercicio INTERVENCION: 0200 Fomento de ejercicio DEFINICION: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener el estado físico y el nivel de salud			FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION:			
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Explorar obstáculos para el ejercicio e investigar experiencias deportivas anteriores para desarrollar un programa de ejercicios adecuados a sus necesidades estableciendo metas a corto y largo plazo. Planificar un programa de ejercicios teniendo en cuenta las limitaciones del paciente para facilitar su participación en cada actividad, e informar la cantidad de energía gastada informando al individuo acerca de los beneficios para la salud y efectos psicológicos del ejercicio con el fin que encuentre motivación para empezar y mantenerse en el programa 			<p>El ejercicio físico es una herramienta terapéutica para tratar la obesidad, así como los videojuegos y la televisión es un factor para su aparición.</p> <p>El ejercicio físico es una importante herramienta terapéutica para prevenir y tratar la obesidad y orientación sobre la realización de actividad física puede contribuir al aumento moderado de esta actividad (entre 36-48 min/semanas en adolescentes y 2.5h/semana en niños y niñas) Los niños deben de acumular al menos 60 minutos de actividad física por día, la mayor parte de la semana. Esta actividad debe incluir actividades moderadas y vigorosas de características intermitentes por su naturaleza.</p> <p>El resultado de las investigaciones realizadas hasta el momento se puede asegurar con certeza que la actividad física, el ejercicio o el</p>			

<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a la familia en la planificación y programa de ejercicios. • Controlar el cumplimiento de programa y registrar los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios. 	<p>deporte constituyen un factor importante en la salud.</p> <p>Algunos de los beneficios que el ejercicio físico proporciona a nivel fisiológico son, por ejemplo: -El aumento del bombeo sanguíneo al corazón, el incremento de la capacidad pulmonar, la disminución de la presión arterial, la reducción del riesgo de ataques coronarios, etc.</p> <p>Otros de los beneficios del ejercicio físico practicado con regularidad son:</p> <p>- La mejora del sueño, la reducción del nivel de grasa corporal, la mejora del tono muscular, etc.</p> <p>Pero, además, integrando en nuestra vida el ejercicio físico sistemático, obtenemos beneficios también a nivel psicológico y emocional como, por ejemplo:</p> <p>-Mejora en la autoestima, aumento de la autoconfianza, compensación del exceso de tensión y estrés, disminución de estados depresivos y de ansiedad, etc.</p> <p>Uno de cada tres escolares con sobrepeso tiene algún familiar directo con obesidad (madre, padre hermano). Si ambos progenitores son obesos el riesgo para la descendencia lo es 80 %, cuando solo uno de los progenitores lo es el riesgo desciende al 40 % y si ninguno de los progenitores es obeso, el riesgo de sus hijos queda en el 3-7%</p> <p>Los hallazgos de una revisión sistemática muestran que el auto monitoreo del peso se asoció con una mayor pérdida de peso y prevención en la ganancia del peso</p>
---	---

²⁹ Ibidem p. 30-30.

¹⁹ Ibidem p. 15.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
RESULTADOS (S)	INDICADORES (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
DOMINIO: Promoción de la salud CLASE: 02 Gestación de la salud Dx: (00163) Disposición para mejorar la nutrición m/p Expresa deseo de mejorar la nutrición. DEFINICION: Patrón de aporte de nutrientes que resulta suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas y que puede ser reforzado.	RESULTADOS: (1004) Estado Nutricional	(100401) Ingesta de nutrientes	1.- Desviación grave 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango norma 5.- Sin desviación del rango normal	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>4</u>
	DOMINIO: II Salud Fisiológica	(100402) Ingesta de alimentos		Mantener a <u>2</u> Aumentar a <u>3</u>
	CLASE: K Digestión y Nutrición DEFINICION: Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.	(100405) Relación peso/talla		Mantener a <u>2</u> Aumentar a <u>3</u>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 01 Fisiológico; Básico CLASE: D Apoyo nutricional		FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION:		
INTERVENCION: Asesoramiento Nutricional (5246) DEFINICION: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta		<p>Profundizar las razones del exceso de alimentos ingeridos, por ej. la sensación de bienestar cuando se está ansioso. Es importante identificar el componente emocional para diferenciar entre las necesidades fisiológicas y emocionales para dejar de tener una falsa sensación hambre.</p> <p>El profesional de Enfermería se guiará en las políticas, programas y criterios generales nutricionales que recomienda el Estado Mexicano para mantener a su población saludable como, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La orientación sobre la alimentación saludable y la realización de actividad física en adolescentes es efectiva para mejorar la alimentación y aumentar la actividad física, especialmente si se utilizan diversas estrategias en la promoción y educación durante la consulta. -La circunferencia de la cintura es un buen predictor de grasa -Medir el peso y la talla, evaluar el estado nutricional del niño con base en la tabla contenida en la cartilla de salud -La relación peso / talla se considera una medida específica para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad 		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar y que emociones surgirán ante la modificación de la dieta, así como las actitudes y creencias de su familia. Se determinará la ingesta de alimentos y hábitos estableciendo metas a corto y largo plazo para llevar seguimiento del cambio teniendo en cuenta los gustos, aversiones y presupuesto del paciente • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la conveniencia de la ingestión dietética y proporcionar folletos informativos llamativos de guías alimentarias. 				

- Revisar con el paciente la medición de niveles glucemia en sangre

La guía de intervenciones de enfermería para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención señala que es importante medir la glucemia en el paciente obeso. Ya que en todos los casos de obesidad existe hiperinsulinismo, y éste es proporcional a la importancia del sobrepeso y obesidad. La insulina es una hormona necesaria para la regulación de los niveles de glucosa en sangre secretada ante un aumento de glucemia facilitando a las células la glucosa que necesitan para producir energía. Si la glucemia se produce de forma progresiva la glucosa ingerida se distribuye a las células de forma ordenada para su consumo inmediato, pero si la glucemia es muy elevada y muy rápida tras la ingesta, se ponen en marcha mecanismos de almacenamiento de la glucosa sobrante en forma de grasa. La insulina también facilita el acúmulo de la grasa ingerida en los depósitos lipídicos.

Si este efecto se repite de forma sistemática en cada comida, con un exceso de glucosa en sangre de forma rápida y abundante, el páncreas se sensibiliza y se produce el hiperinsulinismo y segregada en cada comida un exceso de insulina de forma programada genera grasa de forma sistematizada, produciéndose un círculo vicioso en el que la obesidad provoca hiperinsulinismo y el hiperinsulinismo provoca obesidad.

²⁹ Ibidem p. 34.

¹⁹ Ibidem p. 20.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA			
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)			
RESULTADOS (S)	INDICADORES (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA
DOMINIO: 6 Auto percepción CLASE: 02 Autoestima Dx: Baja autoestima r/c rechazos m/p expresiones de impotencia e inutilidad DEFINICION: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual	RESULTADOS: (1205) Autoestima DOMINIO: III Salud Psicosocial CLASE: M Bienestar Psicológico DEFINICION: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo	1.- Nunca positivo 2.- Raramente positivo 3.- A veces positivo 4.- Frecuentemente positivo 5.- Siempre positivo	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>4</u>

CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	
CAMPO: 03 Conductual CLASE: R Ayuda para el afrontamiento	

INTERVENCION: 5400 Potenciación la autoestima DEFINICION: Ayudar al paciente a controlar una conducta negativa	FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION:
---	---

ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Determinar la confianza del paciente en su propio criterio animándolo a identifica sus cualidades y autoaceptación. Reafirmar los puntos fuertes personales que identifiquen al paciente animando a conocerse así mismo, evaluando su propia conducta y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario y abstenerse a realizar críticas negativas en vez de eso sustituirlo por autocrítica constructiva Enseñar a los padres a establecer expectativas claras y a definir límites con sus hijos Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima y animarlo a que acepte nuevos desafíos, así como animarlo al seguimiento de los objetivos

Las intervenciones para promover una alimentación saludable y fomentar la actividad física favorecen una imagen positiva del propio cuerpo y ayuda a construir y reforzar la autoestima de los menores.

La autoestima protege contra la depresión, la ansiedad, las dificultades de aceptación y aprendizaje. El autoconcepto realista y positivo permite evaluar sus capacidades fortalezas y debilidades

La eventual existencia de condiciones psicopatológicas (ansiedad, depresión, conducta bulímica) pueden ser determinantes de la obesidad en la población infantil o adolescente

Un programa multidisciplinar con la implicación de familias, mostro cambios en el IMC, las estrategias más útiles son el aumento de actividad física y una reducción en el tiempo de ver televisión es importante mencionar que la ausencia de disciplina trae consecuencias desfavorables como la permisividad dejando a un lado el sentido de responsabilidad y de compromiso personal que ayuda asumir las consecuencias de sus actos.

Brindarle confianza para probar nuevos caminos y posibilidades para ver alternativas en las circunstancias difíciles al valerse por si mismos se estimula la firmeza de convicciones personales y les permite obtener autorregulación, autodominio independencia y creatividad.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA				
CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)				
RESULTADOS (S)	INDICADORES (ES)	ESCALA (S) DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	
DOMINIO: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés CLASE: 02 Respuesta de afrontamiento Dx: Ansiedad r/c este m/p disminución de la productividad DEFINICION: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta.	RESULTADOS: 1211 NIVEL DE ANSIEDAD	(120517) Disminución de logros escolares	1.- Nunca positivo 2.- Raramente positivo 3.- A veces positivo	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>5</u>
	DOMINIO: III Salud Psicosocial CLASE: M Bienestar Psicológico DEFINICION: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable	(121126) Disminución de la productividad	4.- Frecuentemente positivo 5.- Siempre positivo	Mantener a <u>3</u> Aumentar a <u>4</u>
CLASIFICACION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)				
CAMPO: 03 Conductual CLASE: T Fomento de comodidad psicológica INTERVENCION: 5820 Disminución de la ansiedad DEFINICION: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto		FUNDAMENTACION DE LA INTERVENCION:		
ACTIVIDADES: <ul style="list-style-type: none"> Explicar las posibles sensaciones que se ha de experimentar durante el proceso y animar la manifestación de sentimientos percepciones y miedos Determinar la capacidad de tomar decisiones del paciente observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad 		<p>El periodo de rápido crecimiento del adolescente y las variaciones biológicas según el sexo se hacen más evidentes los que conduce a cambios que se producen en un tiempo relativamente breve, con patrones de ingesta muy dispares hábitos distorsionados, con riesgo de aparición de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia, bulimia, sobrepeso y obesidad.</p> <p>La ansiedad por la comida es un estado de hiperexcitación nerviosa, y que se produce por factores como el estrés o el exceso de preocupaciones Para ello, lo primero es intentar reducir los síntomas, a través de ejercicios de relajación y control de pensamiento y enfocarse en otras actividades. Planifica los menús con tiempo para poder prepararlos adecuadamente, respetar los horarios y no saltarse ninguna comida esto evitara los descensos de azúcar en sangre, que provocan nuevos ataques de hambre, así como dejar un día libre para comer su comida favorita o hipercalórico. Distinguir entre sensación de ansiedad y hambre.</p>		

<ul style="list-style-type: none">• Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones e identificar las situaciones que precipitan la ansiedad	<p>Mantener la mente ocupada por ej., con las actividades o responsabilidades del día o con juegos mentales, disminuye la ansiedad abruptamente. Así como también manifestar como se siente en ese momento. El profesional de enfermería enseñara ejercicios de respiración para el alivio de la ansiedad Una de las manifestaciones más frecuentes de la ansiedad es la que deriva en comer grandes cantidades de alimentos y en cualquier momento.</p>
---	--

²⁹ Ibidem p. 41.

¹⁹ Ibidem p. 20.

VI. CONCLUSIÓN

El desarrollo de sobrepeso y obesidad no es sólo consecuencia de un mal hábito alimenticio, sino que está relacionado además con un estilo de vida denominado obesogénico, este se puede definir como “la suma de las influencias que el entorno, las oportunidades o las condiciones de vida tienen en la promoción de la obesidad de los individuos o de las poblaciones” y que juega un papel fundamental a la hora de entender cómo se generalizan ciertos hábitos alimenticios y de actividad física en grandes grupos de gente y limitan nuestra actividad física, la actividad laboral es mayormente sedentaria, la oferta alimentaria en las cercanías de los centros de trabajo suele ser deficiente nutricionalmente hablando, los parques, ciclovías y espacios para realizar deporte son pocos o tienen un costo que pocos pueden solventar, la evidencia está en un ambiente donde hay mayor ingesta y menos actividad física. La obesidad no puede considerarse como un trastorno único, en realidad el fenotipo obeso refleja un grupo heterogéneo de desórdenes secundarios a diversas causas, aunque puedan tener una fisiopatología común. Es cada vez más aceptada la opinión de que debe ser incluida entre las enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión arterial e, incluso, con consecuencias más importantes que éstas de tipo psicológico, social y económico.

México, es considerado un país consumista, con repercusión desfavorable y negativa en los niños y adolescentes quienes en un futuro van hacer los adultos del país, por tanto, es imprescindible prevenir y atender la problemática existente. El papel del profesional de Enfermería que se caracteriza por brindar cuidados con enfoque científico y estandarizado hará promoción a la salud participando en la prevención, en campañas de sensibilización de las familias para una alimentación equilibrada y la lucha contra el sedentarismo, se guiara de las políticas, programas y criterios generales como tablas de diagnóstico estandarizadas que recomienda la Secretaria de Salud como p. ej., la medición de IMC que se encuentra en la Cartilla Nacional de Salud.

El tratamiento de la obesidad y el sobrepeso está basado en dos pilares fundamentales: la dieta y el ejercicio físico, para lo que es necesario un estudio individualizado del/la paciente, un plan adecuado de comidas, una actividad física controlada y regular, así como un seguimiento médico y de enfermería periódico. El ejercicio del profesional de enfermería ante la obesidad es muy importante ya que puede sumergirse en lo que es la prevención, detección y tratamiento.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. OMS, Sobrepeso y Obesidad. [Online].; 2016 [cited 2017 Enero 20. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/.
2. CENETEC. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exogena. [Online].; 2012 [cited 2017 Febero 28. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/.ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf.
3. Mendoza I. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cultura de los cuidados. 2006; 20(X).
4. Segunda ERG. Fundamentos de enfermería, Ciencia, Metodología y Tecnología Mexico: El Manual Moderno; 2015.
5. Potter PPASPHA. Fundamentos de enfermería. 8th ed. España: ELSEVIER; Septiembre 2014.
6. Sara Tellez Ortiz MGF. Modelo de cuidados de enfermería NANDA,NIC NOC. Primera edicion ed. Ciudad de Mexico: Mc GRAWW-HILL INTERAMERICANA; 2012.
7. Luis Silva Garcia plmnfdlf. Ats/due Servicio de Salud de Castilla Y Leon. 1st ed. Epaña: MAD, S.L; 2006.
8. Audrey B. Fundamentos de enfermería Kozier y Erb. 92nd ed.: Pearson; 2013.
9. Ledesma MdC. Fundamentos de enfermería. In Ledesma MdC. Fundamentos de enfermería. México: Limusa; 2012. p. 45-46.
- 10 OMS. OMS:ADOLECNETES, RIESGOS PARA LA SALUD. [Online].; 2006 . [cited 2017 Enero 13. Available from: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/.
- 11 Godoy SAS. Cultura y seguridad alimentaria: enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo (Hermosillo, Mexico): illustrated; 2008.
- 12 Diario Oficial de la Federacion. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. [Online].; 04/08/2010 [cited 2017 Enero 21. Available from: www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226.

- 13 National Institutes of Health. National Institutes of Health. [Online].; 2017 [cited 2017 Abril 25. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/sites/all/themes/nhlbi/logo.png>.
- 14 Enfermedades Cpecypd. Centro para el control y prevencion de enfermedades. [Online].; 19 de septiembre de 2014 [cited 2017 Enero 28. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/disabilityandhealth/healthyliving.html>.
- 15 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. [Online].; 2016 [cited 2017 junio 15. Available from: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>.
- 16 Meléndez G. In Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar.: Panamericana; Aug 6, 2008 - 195 pages. p. 195.
- 17 Jiménez EG. Obesidad: análisis Etiopatogénico y Fisiopatológico. Endocrinología y Nutricion. 2013 Enero; 60(1).
- 18 Ruíz Prieto I SFMBRPJLI. Obesidad y rasgos de personalidad. Trastornos de la Conducta Alimentaria . 2010 Diciembre.
- 19 CENETEC. Guia Practica Clinica Intervenciones de Enfermería para la prevención de. SOBREPESO Y OBESIDAD en niños y adolescentes. [Online].; 12 diciembre 2013. Available from: www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-690-13/ER.pdf.
- 20 Medico Guia. ACTULIDAD. [Online].; 2008 [cited 2017 Febrero 10. Available from: <https://obesidad.medico-guia.com/obesidad-exogena-y-endogena.html>.
- 21 Michael Despeghe AH. In Fuera Barriga. ESPAÑA: Hispano Europea; 2007. p. 14.
- 22 Santiago Ramos Bermudes LGMDAS. Evaluación antropométrica y motriz condicional de niños y adolescentes. In Velasquez LFE, editor.. Manizales-Colombia: Univeridad de Caldaz, Ciencia para la Salud; 2007. p. 150.
- 23 Hospital Gneral de Mexico. Obesidad, Hoapital General de Mexico. [Online]. [cited 2017 Febrero 18. Available from: www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/diagnosticas/10_obesidad.

- 24 GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD Y
· POLÍTICA SOCIAL. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el
Tratamiento de la Obesidad Infantojuveni España: Ministerio de Ciencia e
Innovación; 2009.
- 25 IMSS. NUTRICION. 2010..
·
- 26 Aznar Lain SWT. In Actividad física y salud en la infancia y la adolescencia, Guía
· para todas las personas que participan en su educación. Madrid; 2006. p. 40.
- 27 VADEMECUM Monografías Principio Activo:. [Online].; 01/12/2016 [cited 2017
· 06 12. Available from: <https://www.vademecum.es/principios-activos-metformina-a10ba02>.
- 28 González JAM. Obesidad Un enfoque multidisciplinario. 1st ed. Universidad
· Autónoma del Estado de Hidalgo Abasolo 600, Centro, Pachuca, Hidalgo,
México, CP 42000: UAEH; 2012.
- 29 Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. [Online]. [cited 2017 Marzo 1.
· Available from: www.fao.org/docrep/013/am289s/am289s02a.pdf.