



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
A UNA ADOLESCENTE CON ALTERACION DE LA
NUTRICION SUPERIOR A LOS REQUERIMIENTOS
CORPORALES**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
INES GABRIELA ESCOBAR MORENO**

No. CTA.: 8628382-1

DIRECTOR DE TRABAJO: L.E.O. LETICIA SANDOVAL ALONSO



MEXICO, D.F.

AGOSTO 2000



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.

INDICE

	PAG
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	3
1.1 OBJETIVO GENERAL	3
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
2. METODOLOGÍA	4
3. MARCO TEORICO	7
3.1 PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO	7
3.1.1 PERSPECTIVA HISTORICA.	7
3.1.2 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA	11
3.1.3 ENFERMERIA, LA CONDICION DEL ARTE	13
3.2 MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA	14
3.2.1 TEORIAS Y MODELO DE ENFERMERIA	14
3.2.2 ELEMENTOS DE LOS MODELO DE ENFERMERIA	17
3.2.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON	19
3.2.4 CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE HENDERSON	21
3.3 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	25
3.3.1 DEFINICION	25
3.3.2 OBJETIVO	26
3.3.3 ORGANIZACION	26
3.3.4 BENEFICIOS	28

4. APLICACION DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	30
FICHA DE IDENTIFICACION	30
4.1 VALORACION DE ENFERMERIA	31
4.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	38
4.3 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA	44
4.4 EJECUCION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	66
4.5 EVALUACION DEL PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	69
5. CONCLUSIONES	75
3. GLOSARIO	77
7. BIBLIOGRAFÍA	79
8 ANEXOS	82
8.1 INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA VALORACION DE NECESIDADES (MODELO VIRGINIA HERDERSON)	82
8.2 TABLA 1. DEFINICIONES DE ENFERMERIA SÉGUN IMPOR- TANTES TEÓRICOS.	90
8.3 TABLA 2. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERIA.	91
8.4 MENUS TIPO PARA UNA DIETA DE REDUCCIÓN DE PESO.	95

INTRODUCCION

El Proceso de Atención de Enfermería permite el incremento de la investigación desarrollando un pensamiento crítico y reflexivo a través de la atención científica y metodológica. El presente proceso de atención de Enfermería sustentará el examen profesional de titulación a la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Se seleccionó el caso de una adolescente con alteraciones de la nutrición por exceso debido a que la nutrición es un proceso de suma importancia para el crecimiento y desarrollo del cuerpo y mantenimiento de la vida.

No son muchas las opciones disponibles en cuanto al tratamiento para adolescentes con dichas alteraciones ya que pocos profesionales de salud tienen la experiencia y el interés para con los adolescentes. Los programas comerciales y el tratamiento farmacológico que pudieran ayudarlos es muy limitado y abordar el problema resulta complicado.

Así pues, se elaboró el presente proceso de atención de Enfermería. En el primer capítulo se establecieron los objetivos general y específicos que se pretende alcanzar, en el siguiente capítulo se describe la metodología que se siguió durante el desarrollo de las etapas del proceso de atención de Enfermería.

INTRODUCCION

El marco teórico representa el soporte bibliográfico, conceptualización y fundamentación del Proceso de Atención de Enfermería. Se dividen en 3 subcapítulos en los que se desarrollan temas como antecedentes históricos de la Enfermería, que permite visualizar la esencia del arte que posee la profesión de Enfermería, se presentan generalidades del marco conceptual y teorías de Enfermería, el proceso de atención de Enfermería, el Modelo de Virginia Henderson y generalidades del proceso de atención de Enfermería.

En el capítulo cuarto se desarrollan las etapas de proceso de atención de Enfermería con el enfoque de Virginia Henderson. Inicialmente se realiza la valoración y la elaboración de diagnósticos de Enfermería, en estas etapas el marco conceptual de Henderson sirve de guía en la recolección de datos, análisis y síntesis de los mismos, ayuda a definir los problemas y las causas de dificultad. Enseguida se presenta la planeación de los cuidados y su ejecución, en estas etapas se formulan los objetivos del plan de atención en base a las causas de dificultad detectadas y se determinan las intervenciones de Enfermería. En la evaluación, última etapa del proceso de atención de Enfermería se evalúan los resultados obtenidos y se toman alternativas para continuar, mejorar o concluir dicho proceso.

OBJETIVOS

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Presentar el Proceso de Atención de Enfermería como trabajo recepcional que sustente el examen profesional para la titulación de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

1.2 ESPECIFICOS

Aplicar el proceso de atención de Enfermería tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson, a una adolescente con alteraciones de la nutrición, superior a los requerimientos corporales.

Desarrollar habilidad en la aplicación del proceso de atención para fomento del pensamiento crítico, científico y metodológico en el Profesional de Enfermería.

METODOLOGIA

2. METODOLOGIA.

Como base teórico - metodológica para el desarrollo y aplicación del proceso de atención de Enfermería se tomó participación en el seminario: " Proceso Atención de Enfermería " el cual se impartió con el propósito de reafirmar los conocimientos adquiridos en los estudios profesionales de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

En dicho seminario se retomaron temas como la historia y conceptualización de Enfermería, las teorías que a través del tiempo han desarrollado, el modelo de Virginia Henderson como marco conceptual aplicado a las etapas del proceso de Enfermería, los beneficios de su aplicación, temas que sustentan teóricamente la elaboración del proceso de atención.

Se seleccionó el caso de una adolescente con alteración de la nutrición superior a los requerimientos corporales, a la cual se le aplicó el proceso de atención de Enfermería. Durante la etapa de **valoración** se reunió la información, obteniendo los datos relevantes, éstos se examinaron para definir el estado de salud del individuo, describiendo sus capacidades, problemas y recursos.

Para obtener esta información se empleó un instrumento metodológico tomando como referencia el modelo de Virginia Henderson con el cual se realizó la valoración clínica. (ANEXO 9.1).

METODOLOGIA

Una vez reunidos y organizados los datos se registraron dando paso a la siguiente etapa, el **diagnóstico**. En esta etapa se determinaron los recursos, capacidades y problemas de salud, reales y / o potenciales se determinó también el rol con el cual participa el profesional de Enfermería, es decir si serán resueltos con la intervención de Enfermería o requiere de otros profesionales de salud para la resolución de problemas.

Para realizar las formulaciones diagnósticas se consultó la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) con la finalidad de unificar criterios en cuanto a su estructuración.

La **Planificación** es la siguiente etapa, en la cual se desarrolló el plan de cuidados que basado en los problemas identificados y los recursos disponibles hacen de esta etapa un proceso dinámico ya que el profesional de Enfermería puede efectuar cambios constantes.

Para su organización se fijaron prioridades de los problemas identificados considerando principios básicos a fin de actuar sistemáticamente, es aquí donde entra el pensamiento crítico y reflexivo del profesional de Enfermería. Posteriormente se establecen los objetivos con el propósito de realizar mediciones del plan de cuidados y dirigir las intervenciones al individuo.

METODOLOGIA

Durante la planificación se determinaron las intervenciones de Enfermería enfocadas a controlar el estado de salud, prevenir o resolver un problema, ayudar a las actividades cotidianas y lograr salud e independencia en la satisfacción de las necesidades.

La etapa siguiente es la **ejecución**, es decir, la puesta en práctica del plan, para lo cual fue necesario prepararse para la actuación, revisar el plan analizando la razón de la intervención y los conocimientos disponibles para realizar las acciones de Enfermería observando respuestas, se anotaron las valoraciones, intervenciones y respuestas.

En la última etapa se realizó la **evaluación** del plan de cuidados analizando el logro de los resultados esperados, se identificaron las variables que afectan el logro de los objetivos, se continuó, modificó y finalizó con las actividades del plan de cuidados.

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO.

3. MARCO TEORICO.

3.1 PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

3.1.1 PERSPECTIVA HISTORICA

El siglo XX se ha caracterizado por grandes transformaciones en las artes de curación, muchas de las innovaciones más extraordinarias que se han producido han sido la continuación de contribuciones del pasado. Los movimientos científicos, tecnológicos y sociales del siglo XX han tenido un efecto significativo sobre el desarrollo de los cuidados de salud y sobre las directrices de los servicios de Enfermería.

Los avances científicos le han permitido al hombre prolongar sus expectativas de vida, el hospital ha dejado de ser un lazareto por convertirse en un centro general de salud. Otros acontecimientos y elementos sociales influyeron directa e indirectamente en el sistema de los cuidados de salud que se impartían y en los papeles y funciones de quienes los proporcionaban.

Durante la primera mitad del siglo XX hubo factores que impulsaron el progreso de la Enfermería: dos guerras mundiales, la auto organización de las enfermeras, la legislación general y de la Enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de la salud por fundaciones nacionales y las complejidades de la medicina.¹

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

En la segunda mitad del siglo hubo otros movimientos sociales que afectaron los cuidados de salud y la enfermería, como fueron: el progreso de la salud pública, el desarrollo de organizaciones de salud voluntarias y gubernamentales, la lucha por la igualdad de derechos de la mujer. Estos factores, aunados a la fuerza de la Enfermería por aumentar e innovar su ambiente de responsabilidades y orientarse a la profesionalización han modelado el papel de la enfermera y la Enfermería.

En los años 20's había pocas enfermeras y los cuidados de Enfermería los realizaban los estudiantes. En este tiempo la enfermera realizaba funciones que no correspondían a la profesión como: fregar suelos, llevar bandejas, limpiar el equipo además del cuidado rutinario al paciente, por lo cual no se empleaba el enfoque holístico. ²

En los cuarentas ya con innovaciones en los cuidados de salud, las funciones de las enfermeras incluían la determinación de la presión arterial, la ayuda en transfusiones, administración de oxígeno, la inyección de medicamentos; colaboración en los quirófanos y las salas de partos. Hubo en aumento considerable en las personas que ingresaban a hospitales ya que los consideraban seguras y eficaces.

También hubo escasez de enfermeras. Se creían que habría un exceso para la II Guerra Mundial lo cual no sucedió ya que muchas enfermeras dejaron de trabajar para dedicar su tiempo a responsabilidades familiares, otras abandonaron su trabajo por no permitirle participar en planificaciones y toma de decisiones, se

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

negaban a participar en una estructura laboral que ofrecía pocas recompensas, muchas horas, trabajo físico arduo y salarios muy bajos.³

A mediados de los años cincuenta se estableció el concepto de cuidado progresivo del paciente, situación que obligó a contar con enfermeras especializadas lo cual hizo más observable la carencia de profesionales.

Al disminuir el número de enfermeras y aumentar las demandas se introdujo la "enfermera de equipo", era un sistema en el que el personal de Enfermería de diferentes tipos podía ser incluido en un equipo para proporcionar cuidados de calidad a los grupos de pacientes. La enfermera profesional supervisaba directamente a todos los pacientes y a los equipos.

Como era de esperarse, la calidad de los cuidados y la satisfacción del paciente decrecieron, ya que el adiestramiento se impartía sobre la marcha y eran cada vez menos las enfermeras profesionales tituladas que atendían a los enfermos.

En los años sesenta se inició un movimiento para acortar las distancias entre la enfermera profesional y el paciente, cuya finalidad era proporcionar cuidados de enfermería continuos y de calidad para favorecer la curación, prevenir complicaciones, promover la salud y evitar recaídas. La enfermera pasó a ser el factor primordial en el cuidado de pacientes coordinando al paciente y la familia para resolver los problemas y obtener la recuperación total. La medicina era en tratamiento secundario. Fue hasta los setenta cuando se hace realidad la meta

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

combinada del cuidado de Enfermería por enfermeras profesionales y el cuidado integral del paciente con la aparición de la enfermería primaria que es responsable de cuidado integral con enfoque holístico al paciente durante toda su estancia hospitalaria las 24 horas del día, 7 días por semana. ⁴

Los cuidados de la enfermería primaria asumen funciones como la educación, consultas, cuidados exhaustivos y continuos, planificación y valoración de los cuidados, documentación del progreso, planificación de alta.

A pesar de los grandes pasos que se han dado en Enfermería los problemas siguen vigentes, las condiciones de trabajo y los entornos siguen siendo fuentes de conflicto, Las preocupaciones giran en torno a la falta de personal, los bajos salarios, las largas horas de servicio, las prácticas peligrosas, la imposibilidad de utilizar los propios conocimientos, juicios y toma de decisiones; situaciones que le impiden brindar cuidados de alta calidad.

De las actuales enfermeras se espera que funcionen en una variedad de contextos, deben ser, excelentes cuidadoras, investigadoras capacitadas, eruditas y pensadoras basadas en el razonamiento científico y lógico.

Los avances científicos y técnicos amplían sus oportunidades pero a la vez multiplican sus responsabilidades. Nuestra meta es seguir haciendo frente a los retos del futuro tal como lo identificara Florence Nightingale en 1800.

“Ningún sistema puede perdurar si no camina. ¿Nos dirigimos hacia el futuro a hacia el pasado? ¿Estamos progresando o estamos estereotipados? Recordemos

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

que apenas hemos cruzado el umbral de la civilización incivilizada en la enfermería; todavía estamos en el umbral de la Enfermería.

En el futuro, que yo ya no veré puesto que soy vieja, ¡ Ojalá que se abra un camino mejor! Que se puedan aprender y practicar métodos para que cada niño, cada ser humano, tenga la mejor oportunidad de salud, métodos para que todas las personas enfermas puedan tener la mejor oportunidad de recuperarse. Los hospitales son solo una etapa intermedia de la civilización de la que nunca se espera, dicho sea de paso, que acogería a toda la población enferma.”⁵

3.1.2 CONCEPTUALIZACION DE ENFERMERIA

Desde mediados de los sesenta hasta principios de los setenta se han producido debates acerca del desarrollo de teorías de Enfermería que contribuyan a la definición identificatoria del papel de la Enfermería, sin embargo sus orígenes se remontan a mucho antes. Surgieron varias teorías y esquemas conceptuales desarrollados por Callista Roy, Martha E. Rogers, Imogene M. King, Dorotea Orem, y Margaret A. Newman por mencionar algunos, es entonces que la Enfermería comienza a ser reconocida como una ciencia legítima.

Algunos identifican a Florence Nightingale como la primera teórica de la enfermería; siguió los principios relacionados con la limpieza, el aire fresco los buenos alimentos, el descanso, el sueño y el ejercicio. Fue la primera que definió describió la Enfermería en sus “Notas sobre Enfermería” Tuvo pensamientos, ideas y principios significativos.⁶

5. DONAHUE ... Op. Cit. 448p.

6. DONAHUE.... Op. Cit. 451p.

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

La lucha por identificar la base de conocimientos única para la enfermería ha sido continua, en especial para definir y describir las funciones de la profesión. Dos pioneras en este campo fueron Virginia Henderson y Hildegard Peplau.

La definición de la Enfermería por Virginia Henderson se publicó por primera vez en 1955 y fue revisada en 1966. ⁷

Una enfermera teórica, es un profesional de Enfermería que busca definir sistemáticamente principios básicos de la Enfermería práctica. Algunos temas son comunes a las definiciones: la enfermera es inquieta, adaptativa, individualizada, holística, conexiona la familia y la comunidad, incluye enseñanza y servicios directos / indirectos; es una ciencia así como un arte que tiene relación con la promoción de la salud, su mantenimiento, su restauración y el cuidado del moribundo.

Los teóricos de Enfermería extraen teorías de Modelos que reflejan los objetivos y filosofías de la profesión, desarrollan definiciones de ella y describen las actividades de enfermería necesarias para conseguir sus propios objetivos.

(ANEXO 9.2 TABLA 1.)

La American Nurses Association (ANA) describe la práctica de la Enfermería como directa, orientada hacia una meta y adaptable a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad durante la salud y la enfermedad.

7. FERNANDEZ, Ferrin Carmen. et al. El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, 1995. 3-4p.

MARCO TEORICO. PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA EN MEXICO

3.1.3 ENFERMERIA, LA CONDICION DEL ARTE

A lo largo de la historia los líderes de la Enfermería se han referido a ella como un arte y al mismo tiempo como una ciencia. El arte es algo más que un concepto lineal y estático; supone un tipo de percepción activa, dinámica y en continuo desarrollo.

La verdadera esencia de la Enfermería, como de cualquiera de las bellas artes, no reside en los detalles mecánicos de la ejecución ni siquiera en la destreza del ejecutor, sino en la imaginación creativa, el espíritu sensible y la comprensión inteligente que subyacen a estas técnicas y habilidades. Sin ellos, la Enfermería puede convertirse en un oficio de gran destreza, pero no puede ser una profesión ni una de las bellas artes. Todos los rituales y ceremonias que nuestro culto moderno a la eficiencia pueden imaginar y todo nuestro elaborado equipo científico, no nos salvará si los elementos intelectuales y espirituales de nuestro arte quedan subordinados a lo mecánico y si los medios llegan a considerarse más importantes que la finalidad.

La historia de la Enfermera es un relato de descubrimientos que reflejan los nuevos avances realizados en cada generación; sus aspectos más valiosos: cuidado y entrega. Una de las más ansiadas metas de la Enfermería es la profesionalidad; implica un conjunto único de conocimientos que integra determinadas experiencias y competencias específicas, autorregulación y formulación de un código ético.

El siguiente pensamiento es de Florence Nightingale:.

“ La Enfermería es una arte; y si se pretende que sea un arte, requiere de una devoción tan exclusiva, una preparación tan dura como el trabajo de un pintor o de un escultor, pero ¿Cómo puede compararse la tela muerta o el frío mármol con el tener que trabajar con el cuerpo vivo, el templo del espíritu de Dios?

Es una de las bellas artes; casi diría la más bella de las artes. ”⁸

3.2 MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

3.2.1 TEORIAS Y MODELOS DE ENFERMERIA

La Enfermería al ser una profesión que está emergiendo está involucrada en la identificación de su base única de conocimiento, esto es, el conocimiento esencial para la práctica de la Enfermería o también llamada ciencia de la Enfermería. Para la identificación de la base del conocimiento, se requiere el desarrollo y el reconocimiento de los conceptos y teóricos específicos de la enfermería.

La teoría del desarrollo tuvo su momento en los sesenta y ha progresado gracias a las enfermeras teóricas y su participación en las conferencias sobre la teoría y la investigación para clasificar y validar las teorías.

Una teoría se constituye de conceptos y preposiciones, explica con detalle los fenómenos a los que se refiere; su principal objetivo es generar conocimiento en un determinado ramo.

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

Los principales propósitos de las teorías de Enfermería son: (King 1978)

- * Generar conocimientos que facilitan mejorar la práctica.
- * Organizar la información en sistemas lógicos.
- * Descubrir agujeros de conocimientos en el campo específico del estudio.
- * Descubrir el fundamento para la recolección de datos, fiable y veraz, sobre el estado de salud de los clientes.
- * Aportar una medida para evaluar la efectividad de los cuidados de Enfermería.
- * Desarrollar una manera organizada de estudiar la Enfermería.
- * Guiar la investigación en la Enfermería para ampliar los conocimientos.

La profesionalidad y el deseo de conseguir status colegiado con otros profesionales de la salud han originado la necesidad de un modelo conceptual como una forma de conceptualizar la disciplina de una forma inequívoca, que incluye un lenguaje común y comunicable a otros ya que para ser consideradas profesionales de la salud, las enfermeras deben establecer cual es su rol dentro del equipo interdisciplinario.

Un *marco conceptual* es un conjunto de conceptos y declaraciones que se integran dentro de una configuración significativa.

Un *concepto* es una idea abstracta, o una imagen mental de la realidad. Existen conceptos aplicables a la Enfermera: los principios humanos, la salud la relación de ayuda y la comunicación

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

Otros conceptos influyen en la profesión y determinan su práctica: *Persona* que recibe cuidados, el *ambiente* en que ésta vive, el grado de *salud* en el momento de la interacción y la *actuación de la enfermera*. El conjunto de estos conceptos constituye el *paradigma de la Enfermería*.⁹

El *paradigma de la Enfermería* representa la línea más general de cualquier disciplina, su unidad o marco, describiendo los fenómenos sobre los que se debe basar y regir en forma unívoca.

Para resumir, la diferencia entre una teoría y un modelo conceptual es un nivel de abstracción. Un *modelo conceptual* es un sistema abstracto de conceptos relacionados entre sí. Una *teoría* está basada en un modelo conceptual pero está limitada en el ámbito, contiene más conceptos concretos con definiciones y explicaciones detalladas de las hipótesis, uniéndolas a todas juntas.

Cada teoría recibe el nombre de la persona o grupo de personas que la han desarrollado y refleja sus ideas. (ANEXO 9.3 TABLA 2)

3.2.2 ELEMENTOS DE LOS MODELOS DE ENFERMERIA

Los modelos conceptuales tienen tres elementos: suposiciones, un sistema de valoración y unas unidades principales.

9. KOZIER, Bárbara, et al. Enfermería Fundamental I. 4ª. ed. Ed. Interamericana Mc 16 Graw-Hill. Madrid. 1993. 61p.

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

SUPUESTOS. Son declaraciones de hechos que se aceptan para reforzar el fundamento teórico de los conceptos. Pueden preceder de una teoría científica, de la práctica o de ambas y pueden ser verificables. Suelen variar de un modelo a otro, ya que se configuran desde diferentes premisas.

SISTEMA DE VALORES. Lo constituyen las creencias que refuerzan una profesión, generalmente estas creencias son similares en los distintos modelos:

- * Las enfermeras tienen un rol propio, aunque colaboren con otras profesionales de la salud.
- * Es un servicio dirigido a la satisfacción de las necesidades de salud o enfermedad de personas o grupos y no hacia aspectos específicos de la salud o de la enfermedad.
- * Utilizan un procedimiento sistemático para hacer operativo su modelo conceptual.
- * Implica una serie de relaciones interprofesionales entre las que destaca la relación enfermera - cliente.

PRINCIPIOS. A partir de los supuestos y los valores se pueden elaborar siete grandes principios: Meta de Enfermería, cliente (paciente), papel de la enfermera, origen de los problemas del cliente, enfoque de la intervención, formas de actuación, consecuencias de la actividad. ¹⁰

- * Meta de Enfermería. Es aquello que se trata de conseguir y debe ser acorde a los propósitos de todos los profesionales de la salud.

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

- * Cliente. No se debe considerar solo como el receptor de los servicios que realiza la enfermera, sino también como el integrante de un grupo y como persona.
- * Rol de la enfermera. Muchas enfermeras consideran que su única función es "cuidar"; el cuidado es un concepto vago pero implica otras funciones como promover la conducta de adaptación del cliente, lograr que se consiga un nivel óptimo de auto cuidado, etc.
- * Origen de los problemas. La fuente de problemas es la causa de los posibles inconvenientes que puede padecer cualquier cliente susceptible de la intervención del profesional.
- * Enfoque de la actuación. Lo determina cada modelo. Puede ser en las deficiencias del paciente, en las dificultades de adaptación, etc.
- * Formas de actuación. Indican la disposición que posee la enfermera al realizar su trabajo, relacionada con el enfoque y especifican la mejor forma de ayudar al cliente.
- * Consecuencias. Las consecuencias esperadas de la actuación de la enfermera reflejan el objetivo de la Enfermería y el concepto del cliente.

Para algunas enfermeras la existencia de un único modelo, simple y universal presenta varias ventajas

- * El desarrollo de la Enfermería como profesión llegaría mucho más lejos.
- * Facilitaría la comunicación y la investigación.

- * Ayudaría a comprender el rol de las enfermeras en sus aspectos menos tradicionales, como la práctica independiente, el auto cuidado, las organizaciones de salud, frente a la opinión del cuidado de los clientes.

Contrario a lo anterior, los defensores de que prevalezca la, diversificación opinan que:

- * La mayoría de las disciplinas poseen varios modelos conceptuales que permiten investigar los fenómenos de diferentes formas y de diferentes punto de vista.
- * Con la diversificación se incrementa el entendimiento de la naturaleza de la enfermera y su alcance.
- * La multiplicidad ayuda al desarrollo de todos los campos de actuación posibles y aumenta los conocimientos.

Estas contradicciones son necesarias para determinar la supremacía de uno o más modelos.

3.2.3 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

El aporte fundamental de Virginia Henderson a lo largo de su dilatada y fructífera vida profesional ha proporcionado importantes bases para el avance de la Enfermería.

Henderson nace en Kansas City Missouri en 1897, inicia su vida profesional en 1922 en una época en que se hacía presente la demanda de cuidados de

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

Enfermería; tras la Guerra Mundial y con una grave crisis económica y social en puerta. Después de años de labor docente, asistencial e investigadora, Virginia Henderson da a conocer lo que sería una de las aproximaciones más lucidas a la definición de la disciplina de la enfermera, en su conocida afirmación de la función propia de la Enfermería.

Tal definición es aceptada por el consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y ha llegado a ser considerada como la más universal y aceptada por las enfermeras de todo el mundo. Enumera y describe sus también clásicas “14 necesidades básicas” elementos de gran valor y general aplicación en la labor enfermera en cualquier área.

Así el Proceso de Atención de Enfermería tomó del Modelo Henderson algunos elementos fundamentales para las fases de valoración y en el establecimiento de prioridades y objetivos de cuidado.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) buscó en Henderson las bases teóricas para el desarrollo de sus propuestas de Diagnósticos de Enfermería como instrumento de sistematización del trabajo enfermero.

Lo que se pretende es mostrar que los modelos conceptuales, el proceso atención y la Taxonomía diagnóstica aunque parezcan elementos teóricos diferenciados, en la práctica asistencial se complementan interrelacionándose entre sí de forma que constituyen un todo.

El modelo conceptual constituye la estructura teórica que guía y limita el campo de nuestra actuación profesional. El proceso de atención es la metodología que permite actuar de modo sistemático al planificar las intervenciones.

La Taxonomía diagnóstica unifica el lenguaje y los criterios en el momento de definir los problemas que las enfermeras podemos ayudar a resolver desde nuestro rol autónomo y diferenciado en nuestra función de cuidar.

3.2.4 CONCEPTOS BASICOS DEL MODELO DE HENDERSON

Henderson no pretendió elaborar una teoría de Enfermería, desarrolló su trabajo por la preocupación que le causaba la ausencia de una determinación de la función propia de la Enfermería.

Su pregunta era: ¿Qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud? Publicó el libro *The Nature of Nursing* en el cual define la función propia de la enfermera de la siguiente forma:

"La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a una muerte serena, actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que el ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible.

A partir de esta definición se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson: ¹¹

11. FERNANDEZ Op. Cit. 4 p.

1. Persona

Necesidades Básicas.

2. Salud

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

3. Rol Profesional

Cuidados básicos de Enfermería

Relación con el equipo de salud

4. Entorno

Factores ambientales

Factores socioculturales

De acuerdo con la definición de la función propia de la Enfermería y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de cuidados. Cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales; posee 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad física y psicológica y promover su desarrollo y crecimiento:

Necesidad de oxigenación

Necesidad de nutrición e hidratación

Necesidad de eliminación

Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas

Necesidad de higiene y protección de la piel

Necesidad de comunicarse

Necesidad de vivir según sus creencias y valores

Necesidad de trabajar y realizarse

Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas

Necesidad de aprendizaje.

La satisfacción de las 14 Necesidades Básicas está determinada por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales de cada persona, y la interrelación de las diferentes necesidades que desde un punto de vista holístico se hace necesario para poder valer el estado del individuo como un todo.¹²

Virginia Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales; buscan lograr la independencia mediante la satisfacción de las necesidades de forma continuada con el fin de mantener su propia salud en estado óptimo.

Cuando esto no es posible aparece una dependencia que según Henderson se debe a tres causas y que identifica como: falta de fuerza, falta de conocimiento o falta de voluntad.

12. PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería. El proceso de Atención de Enfermería. Tr. Carlos M. López González y Julia López Ruiz. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1993. 19 p.

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

Independencia. Puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia. Puede ser considerada como una doble vertiente. Como la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades o aunque realice actividades no resulten adecuadas o sean insuficientes para lograr la satisfacción de las actividades.

Los criterios de dependencia e independencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales).

Las causas de dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades:

- * Falta de fuerza. No es solo la capacidad física o habilidad mecánica de la persona, sino la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación.
- * Falta de conocimiento. Se refiere a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, el autoconocimiento y los recursos propios y ajenos disponibles.

MARCO TEORICO. GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

- * Falta de voluntad. Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse a una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para la satisfacción de sus necesidades básicas.

La presencia de estas causas o una de ellas da lugar a una dependencia total o parcial así como temporal o permanente. El tipo de actuación de suplencia o ayuda se determina por el grado de dependencia identificado.

3.3 GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

3.3.1 DEFINICION.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método sistemático y organizado, en el sentido en que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar de un enfoque deliberativo que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales.¹³

El Proceso de Enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas, valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales para cumplir el objetivo de Enfermería, mantener el bienestar óptimo de la persona, en caso de que éste no se pueda conseguir.

13. IYER, W. Patricia. et. al. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3ª ed. Ed. Mc 25 Graw-Hill. Interamericana. México, D.F. 9 p.

3.3.2 OBJETIVO.

El objetivo principal del proceso de atención de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales de la persona, en la familia o comunidad. Consiste en una relación de interacción entre el individuo y el profesional de Enfermería, con el individuo como centro de atención por lo que le ayuda a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

3.3.3 ORGANIZACION

VALORACION. Es la primera fase del proceso de atención de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el individuo, familia o comunidad, con el fin de obtener los hechos necesarios para identificar las necesidades, problemas o respuestas humanas, logrando con ello definir su estado de salud capacidades y recursos. Los datos se recogen en forma sistemática, utilizando la entrevista, exploración física, resultados de laboratorio y otras fuentes empleadas por el profesional de Enfermería

DIAGNOSTICO. Durante esta fase ya se tienen reunidos los hechos necesarios que determinan las capacidades, problemas de salud reales / potenciales y recursos disponibles. De esta manera se identifican los diagnósticos de

MARCO TEORICO. MARCO CONCEPTUAL Y TEORIAS DE ENFERMERIA

enfermería que proporciona el foco central para el resto de las fases, ya que supone un método eficaz de comunicación con los problemas del individuo. Es en esta fase que se podrá determinar si los problemas se pueden resolver mediante intervenciones independientes de Enfermería y cuáles requerirán de actuaciones prescritas por otro profesional de la salud cualificado para ello.

PLANIFICACION. En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de Enfermería y promover la salud. Esta fase consta de varias etapas: Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados, fijar resultados con el individuo (objetivos), se deciden las actuaciones de Enfermería que conducirán a la consecución de los resultados propuestos y el registro de diagnóstico, objetivos y actuaciones de Enfermería en forma organizada en el plan de cuidados.

EJECUCION. Es el momento más importante para el contacto con la persona. El profesional de Enfermería se encuentra en una situación privilegiada porque establece una relación significativa con la persona, le toca, escucha y responde preguntas, asume una actitud empática. Se establece una comunicación funcional, esto es, clara, eficaz, expresiva, por medio de comunicación verbal, no verbal y el tacto. Esta forma de comunicación se caracteriza por el intercambio entre la enfermera y el individuo; la relación de ayuda consiste en establecer un clima de confianza, aceptación, respeto y comprensión.

MARCO TEORICO. GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

entre la enfermera y el individuo; la relación de ayuda consiste en establecer un clima de confianza, aceptación, respeto y comprensión.

La comunicación pedagógica o de enseñanza es el momento para informar problemas, tratamiento o hábitos para satisfacer sus necesidades. ¹⁴

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. El profesional de Enfermería continúa recogiendo datos de la situación del individuo y su interacción con el entorno realizando intervenciones, continuar valorando, y realizar anotaciones.

EVALUACION. Es la última fase del proceso de atención de Enfermería. El profesional de Enfermería evalúa el logro de los resultados, identifica factores que han afectado el logro de resultados, decide si se continúa, modifica o finaliza el plan establecido.

Con fines didácticos se delimitan las fases del proceso de atención de Enfermería en la práctica real es difícil delimitarlas por su interrelación e interdependencia.

3.3.4 BENEFICIOS.

El proceso de atención de Enfermería constituye un método organizado para proporcionar cuidados de Enfermería acelerando el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales disminuyendo la prevalencia del problema de salud.

14. ALFARO, Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 28 Tr. María Teresa Ruiz Rodrigo. 3ª ed. Ed. Mosby-Doyma. Madrid. 1996. 45 p.

MARCO TEORICO. GENERALIDADES DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

A través de él se crea un plan con un costo efectivo, tanto en sufrimiento humano como de gastos económicos. Posee requerimientos de documentación precisos diseñados para mejorar la comunicación, prevenir errores, omisiones y repeticiones innecesarias, deja un "rastros de papel" que permite evaluar la calidad de los cuidados del paciente y realizar estudios de Enfermería para mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados de salud. Favorece la flexibilidad y el pensamiento independiente necesario para brindar cuidados de Enfermería individualizados centrados en la respuesta humana, adaptando las intervenciones al individuo y no a la enfermedad.

Por todo lo anterior aumenta la satisfacción del profesional de Enfermería ante la consecución de los beneficios obtenidos.¹⁵

14. ALFARO. Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. 29 Tr. María Teresa Ruiz Rodrigo. 3ª ed. Ed. Mosby-Doyma. Madrid. 1996. 45 p.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA FICHA DE IDENTIFICACIÓN

4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Edad: 13 1/12

Peso: 87 Kg

Sexo: Femenino.

Talla: 1.53 Kg

Lugar de nacimiento: México, D. F.

Escolaridad: Primero de Secundaria

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Lugar dentro de la familia: Hija única

Nivel socioeconómico: Medio bajo

Fuente de información: Entrevista directa

Fiabilidad (1 – 5) : 4

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

4.1 VALORACION DE ENFERMERIA

Datos de dependencia e independencia obtenidos a través de la entrevista y observación, según la guía de valoración. (ANEXO 9.1)

NECESIDAD DE OXIGENACION.

-Datos de independencia. Permeabilidad de las vías respiratorias. Frecuencia, ritmo y profundidad respiratorias normales. Piel y mucosas con coloración sonrosada, retorno venoso sin alteraciones observables.

Frecuencia respiratoria: 22 por min.

Frecuencia cardíaca: 82 por min.

Presión arterial: 120 /70

Llenado capilar: 1-2 seg.

Datos de dependencia. Sufre disnea cuando realiza un esfuerzo de la vida diaria (subir escaleras, caminar aprisa, correr) y en los ejercicios físicos realizados en la asignatura correspondiente en el centro escolar.

El diagnóstico relacionado a este dato de dependencia será considerado en la categoría diagnóstica de "Intolerancia a la actividad" por ser repercusión de un problema de fondo, a fin de que permanezca la actuación autónoma del profesional de enfermería.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

2. NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

-Datos de independencia. Refiere afinidad por casi todos los grupos de alimentos. Consume alrededor de 1 a 1.5 litros de líquido al día entre leche y agua. Regularmente realiza tres comidas al día. Dentadura en buen estado (sólo algunas caries), adoncia. Conoce el método de preparación de algunos alimentos. Refiere interés en el aprendizaje para una dieta equilibrada y adecuada. Su familia refiere no tener problemas económicos para la adquisición de los alimentos.

-Datos de dependencia. Habitualmente tiene que atenerse a los alimentos que haya en la casa de su abuela, que por su ausencia regularmente son para preparar comida rápida, antojitos y en su defecto comprados ya elaborados. Estos alimentos son ricos en grasas animales y carbohidratos. Su lunch escolar consiste en sandwich de jamón y yogurt para beber o jugo embotellado. Siente afinidad por el pan blanco y de dulce, las golosinas y antojitos mexicanos y extranjeros. El horario para sus alimentos es irregular. Desconoce el valor nutricional y energético de los grupos de alimentos. En ocasiones no controla sus antojos y cae en excesos. Acepta su falta de voluntad para controlarse. En las dietas que ha intentado no ha tenido éxito.

Talla: 1.51 m

Peso: 87Kg

Índice de masa corporal (IMC): 37

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

3. NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

-Datos de independencia. Eliminación urinaria: 4-5 veces al día en frecuencia. Cantidad, olor y color normal. Evacuación en 2 ocasiones al día, heces blandas de aspecto y olor normal. Examen coproparasitoscópico y general de orina normales. Mantiene horarios regulares adaptados a sus necesidades por su permanencia en la escuela.

-Datos de dependencia. No se observan.

4. NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

- Datos de independencia. Conoce la importancia del ejercicio físico en la vida diaria. En su hogar cuenta con aparatos para realizar ejercicio: bicicleta fija con remo, aparatos para fortalecer abdomen, piernas y glúteos. Expresa deseo de aprender natación ya que su prima la practica.

- Datos de dependencia. Alineación corporal incorrecta de pie y sentada. Sólo realiza ejercicio físico que le asignan en la materia escolar correspondiente. Refiere: me da flojera y me canso rápido, me fatigo. Se considera sedentaria, pasa la mayor parte del día sentada por las tareas escolares. Se observaron cambios significativos en los signos vitales en respuesta a la actividad.

Frecuencia cardíaca: 142 por min.

Frecuencia respiratoria: 36 por min.

Presión arterial: 130/80

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

5. NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

-Datos de independencia. Duerme de 7 a 8 horas diarias, ocasionalmente duerme una siesta al regreso de la escuela.

-Datos de dependencia. No se observan.

6. NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR.

-Datos de independencia. Su ropa es pulcra y adecuada a su edad. Viste con playera y pantalón de mezclilla, dice que así se siente cómoda. Sus zapatos son modernos.

-Datos de dependencia. Dice que se vestiría más a la moda si su madre se lo permitiera. Su familia informa que generalmente es difícil de encontrar ropa de su talla, por lo cual frustra sus deseos de vestirse más moderna. Se observan manías como bajarse la blusa constantemente (como si tratase de cubrir su abdomen) su ropa es holgada y larga.

7. NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN.

- Datos de independencia. Temperatura corporal: 36.5 ° C

- Datos de dependencia. No se observan.

8. NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

- Datos de independencia. Aspecto limpio, hábitos de higiene de 3 a 4 duchas a la semana. Mucosas semihidratadas. Aseo bucal una vez al día, uñas cortas y cuidadas. Cuenta con todos los servicios para un baño diario. Conoce la importancia de mantener una higiene corporal adecuada.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- *Datos de dependencia.* Piel seca sin ser escamosa, labios secos y agrietados. "Piel de gallina" en piernas y brazos, zonas oscuras en cuello y entrepiernas. Cuero cabelludo grasoso y cabello con puntas reseca. Estrías en antebrazos y cadera. Piezas dentales con mal aseo. Dice "le da flojera bañarse diario y se le olvida lavarse los dientes".

9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS.

- *Datos de independencia.* En la escuela le han enseñado la forma de prevenir accidentes y actuación ante siniestros. Considera que sabe enfrentar las situaciones de peligro. Tiene conocimiento del riesgo que implica su sobrepeso tiene temor a la presencia de repercusiones en su salud.

- *Datos de dependencia.* A pesar de tener conocimientos del riesgo de su sobrepeso no ha logrado controlarlo y solicita ayuda.

10. NECESIDAD DE COMUNICARSE.

- *Datos de independencia.* Mantiene buena relación con su madre le es fácil socializar con personas de su edad, mantiene amistades duraderas.

- *Datos de dependencia.* La mayor parte de los adultos de su familia de convivencia le reprimen y recriminan por acciones que ellos consideran incorrectas. Durante la entrevista tarda en responder o no contesta a las preguntas relacionadas con sus emociones o sentimientos, sus facies son de desconfianza pero verbalmente no lo expresa y tampoco lo niega.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

11. NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

- *Datos de independencia.* Practica la religión católica, considera que su religión satisface sus necesidades y acepta las creencias y valores inherentes a la religión inculcada.

- *Datos de dependencia.* No se observan.

12. NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

- *Datos de independencia.* Se considera una persona con capacidades y valores. Cumple con las tareas escolares, le gusta la etapa de desarrollo que vive. Sabe de la importancia y tiene la intención de mejorar su actitud en la familia, escuela, amistades, en general con su vida social.

- *Datos de dependencia.* Cree que el rol de adolescente lo viviría más pleno si la situación actual no fuera de tanto peligro y riesgo en la calle, entonces saldría a divertirse con sus amistades. Dentro de su familia se siente reprimida, presionada, su expresión es de incomprendida, acepta que no cumple con actividades del hogar por falta de voluntad, esto le ocasiona problemas con la abuela y tíos. En la escuela suele ser descuidada y confiada por lo que llega a bajar de calificaciones, por lo cual cree decepcionar a su madre. No le gusta su nariz, si pudiera la cambiaría. El sobrepeso no le gusta, desearía no tener ese exceso.

13. NECESIDAD DE JUGAR – PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

- *Datos de independencia.* Le gusta leer cuentos e historias de terror, escuchar música, ver televisión, ver películas de video e ir a Internet tres o cuatro veces al mes.

- *Datos de dependencia.* Desearía tener más amigos de su edad, que su madre y familia le permitieran mayor convivencia y comunicación con sus amistades, ir al cine, de paseo, visitarse mutuamente e ir a excursiones.

14. NECESIDAD DE APRENDIZAJE.

- *Datos de independencia.* Verbaliza interés por adquirir conocimientos que pudieran ser importantes para cubrir sus necesidades y resolver sus problemas.

- *Datos de dependencia.* Reconoce que le falta información para concientizarse de la problemática, así como para cubrir sus necesidades.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

4.2 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

DIAGNOSTICO 1.

Alteración de la nutrición por exceso relacionado con un desequilibrio entre la actividad física e ingesta calórica manifestado por índice de masa corporal (IMC) =37.

COMENTARIO

El diagnóstico "alteración de la nutrición por exceso" es definido como el estado en el que la persona experimenta un aporte de nutrientes que exceden sus necesidades metabólicas. Una característica definitoria de este diagnóstico de enfermería es la confirmación de un peso en un 10 a 20% al peso ideal según estatura, complexión física, sexo y edad, así como la observación de un patrón alimenticio inadecuado. Además de estos factores, la vida sedentaria que manifiesta influye directamente para la disminución de demandas corporales, si a esto le sumamos los cambios físicos característicos de esta etapa de desarrollo, el aumento de peso es considerablemente mayor. Dada la problemática observada de falta de conocimientos sobre las necesidades nutricionales y la pérdida de autocontrol, la situación crítica aumenta pero se consideran factores de ayuda el interés personal por controlar el problema y el apoyo familiar para la pérdida de peso.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 2.

Intolerancia a la actividad relacionada con el estilo de vida sedentario y desacondicionamiento físico, manifestado por los cambios significativos en los signos vitales durante la actividad física.

COMENTARIO

La NANDA define el diagnóstico de "intolerancia a la actividad" como el estado en que la persona tiene insuficiente energía psicológica y fisiológica para tolerar o complementar las actividades diarias requeridas o deseadas. En este caso el informe verbal de sentir cansancio y fatiga al realizar actividades de la vida diaria y se confirman al observar cambios significativos en los signos vitales como respuesta a la actividad física; el estilo de vida sedentaria es la principal causa de este problema. El estado músculo esquelético presenta alteraciones en alineación corporal, masa y tono muscular, estos datos demuestran la presencia del diagnóstico en estudio. La causa de dificultad en este diagnóstico está relacionada con la falta de voluntad, por no observarse alteraciones en electrocardiografía.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 3.

Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con la falta de motivación manifestado por la irregularidad en las prácticas habituales del cuidado personal y control de salud.

COMENTARIO:

El diagnóstico " Alteración en el mantenimiento de la salud " tal como lo define la NANDA es la incapacidad para identificar, manejar y buscar ayuda para mantener la salud.

Se aconseja el uso de esta categoría diagnóstica en aquella situación en que haya una alteración en el mantenimiento de la salud por diversos factores, entre ellos la falta de voluntad y motivación para asumir sus propios cuidados.

En el caso específico la alteración en el mantenimiento de la salud viene relacionada con la falta de voluntad ya que la adolescente conoce los beneficios de la higiene personal, la salud, protección de la piel, hábitos alimenticios y otras actividades destinadas a la preservación de la salud sin que ello sea motivo para que las realice habitualmente.

Durante la exploración física se encontraron evidencias de presencia de esta alteración como falta de higiene bucal, malos hábitos alimenticios, mal aseo corporal, etc.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 4.

Alteración de la imagen corporal relacionada con trastornos psicosociales, manifestados por la percepción negativa de su propia imagen.

COMENTARIO:

“ Trastorno de la imagen corporal” es un diagnóstico que la NANDA define como: Desajuste en la forma en la que alguien percibe su imagen corporal.

Se optó por este diagnóstico por los datos objetivos y subjetivos obtenidos durante la entrevista; entre ellas el uso de playeras holgadas y largas y la manía de jalarla tratando de ocultar la parte baja del abdomen, además de la verbalización de sentimientos negativos sobre su cuerpo (sobrepeso), su imagen y su nariz.

Se relacionó con el enfoque psicosocial por el énfasis de la sociedad actual (estigma social), en el aspecto y función corporal que hacen que la imagen corporal sea un aspecto importante de la auto percepción.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 5.

Riesgo de disminución de la autoestima relacionada con el desajuste de la forma en que percibe su imagen corporal.

COMENTARIO

La NANDA define el diagnóstico "trastorno de la autoestima" como la expresión directa o indirecta de sentimientos o evaluación negativa sobre uno mismo o sobre las propias capacidades. En este caso se considera como un diagnóstico potencial ya que durante la entrevista a pesar de conocer su responsabilidad en el problema descrito expresa su deseo y capacidad para cambiar la percepción de su imagen corporal a través de modificaciones en las actividades encaminadas al cuidado personal y control de la salud. Por lo tanto el motivo de considerar este diagnóstico potencial es mejorar la percepción de sí misma eliminando la causa principal que pudiera favorecer o provocar sentimientos negativos que alteren el autoestima. Cabe mencionar que la autoestima es uno de los cuatro componentes de la percepción de uno mismo: imagen corporal, desempeño de rol, identidad personal y autoestima; una alteración o cambio en cualquiera de los cuatro repercute necesariamente en los restantes.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 6.

Afrontamiento individual inefectivo relacionado con su etapa de desarrollo (adolescencia) manifestado por alteraciones en la participación familiar.

COMENTARIO

El diagnóstico "afrontamiento individual inefectivo" es definido por la NANDA como: deterioro de los comportamientos adaptativos y de la habilidad de la persona para cubrir las demandas y roles de vida. Esta categoría diagnóstica se refiere a personas con patrones previos de adaptarse a las exigencias de una situación previa. En el caso particular se trata de los cambios biopsicosociales y espirituales propios de la adolescencia que al ir sucediendo han interferido en la relación familiar ocasionando problemas de comunicación entre la adolescente y la familia haciendo más difícil el proceso de adaptación, de adquisición, de identidad y autorrealización.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

4.3 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

DIAGNOSTICO 1.

CONSIDERACIONES DE LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Antropometría: Peso, talla, índice de masa corporal (IMC).
- Constantes vitales: Temperatura corporal, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria.

- Momento de inicio del sobrepeso.

- Antecedentes familiares de obesidad.

- Factores que contribuyen a una excesiva ingesta calórica.

Déficit de conocimientos del valor nutricional y calórico de los alimentos.

Respuesta inapropiada a señales externas (aburrimiento, cólera, tensión, culpa).

Falta de iniciativa o motivación.

Desequilibrio en la composición nutritiva de la dieta.

Horarios, tiempo y lugar de comidas.

Factores culturales y familiares.

Malos hábitos alimenticios (Comer de prisa, saltarse comidas, comer entre comidas, botanas, comida enlatada).

- Factores que contribuyen a un gasto energético inadecuado

Déficit de conocimientos de la importancia del ejercicio durante la pérdida y mantenimiento del peso.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Nivel diario de ejercicio.

Inadecuado programa de ejercicios.

Estilo de vida sedentario.

Fatiga.

Falta de iniciativa y motivación.

Intolerancia a la actividad.

Mal control del tiempo, establecimiento de prioridades y planificación.

- Apoyo o sabotaje por parte de la familia o amigos.
- Deseo y disposición actual del paciente por seguir un programa de control de la ingesta calórica y ejercicio.
- Descartar un trastorno del acto de comer (anorexia nerviosa, bulimia) u otro problema que requiera tratamiento de otro profesional de la salud.

OBJETIVOS

A CORTO PLAZO.

La adolescente :

- Será capaz de identificar la relación entre la ingesta calórica y el nivel de actividad .
- Identificará y conocerá los diferentes grupos de alimentos, su valor nutricional y calórico.
- Se comprometerá a modificar el patrón de ingesta adaptándolo a sus necesidades personales.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

A MEDIANO PLAZO

- Tendrá la capacidad de preparar y consumir la dieta personalizada propuesta.
- Aumentará el gasto energético realizando actividad física regular. (Será detallada en el diagnóstico 2).
- Perderá peso de 500 a 1000 g por semana y cada semana.

A LARGO PLAZO

- Recuperará el peso adecuado a su edad, sexo, talla, constitución corporal y etapa de desarrollo siguiendo habitualmente el programa alimenticio.
- Tendrá la capacidad de mantenerse en el peso ideal conservando el equilibrio ingesta calórica - nivel de actividad.

La familia

- Expresará su deseo de ayudar a la adolescente a adecuar su alimentación y actividad física a los patrones establecidos.
- Cooperará dentro de sus posibilidades con el programa de disminución de peso de la adolescente.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA ADOLESCENTE:

- Aumentar los conocimientos que tiene de cómo el peso corporal se ve afectado por el equilibrio entre la ingesta de alimentos y la actividad. Explicar que la reducción y el mantenimiento del peso dependen de lograr un equilibrio entre una

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

reducción de la ingesta calórica y un aumento del gasto calórico mediante la realización de ejercicio regular.

- Explicar las cualidades nutritivas y energéticas de los alimentos de los distintos grupos, así como la forma de combinarlos, cocinarlos y condimentarlos sin aumentar su valor calórico.
- Determinar la cantidad de calorías que debe consumir diariamente para alcanzar y mantener su peso ideal. Se realizará mediante el método de cálculo del peso ideal en libras. (1 libra = 460 g) y multiplicarlo por 11 (en el caso de la mujer).
 $\text{Peso ideal} = 50\,000\text{g} = 108.69 \text{ libras} \times 11 = 1\,195 \text{ kcal} .$

Actividad interdependiente. Confeccionar con apoyo del dietista una dieta de 1200Kcal adaptándola en lo posible a los gustos, horarios, hábitos y recursos de la adolescente. (Anexo 9.4).

- Explicar la importancia de beber agua en cantidades de 2 a 3 litros diarios. Aconsejar evitar bebidas y refrescos comerciales, beber agua simple o de frutas y sin azúcar o con edulcorante artificial.
- Animar y ayudar a comprometerse a reducir su peso y seguir el plan alimenticio.
- Ayudar en la identificación de patrones de alimentación que interfieran con el plan establecido (comer mientras ver TV ; , consumo de antojitos el fin de semana, etc)

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Enseñar técnicas de apoyo para la modificación de la conducta:
 - * Comer sólo en un sitio específico de la casa (mesa del comedor)
 - * No comer mientras se realizan otras actividades (ver TV, lectura, revistas o periódico).
 - * Mantener las manos ocupadas mientras ve TV o tomar botanas bajas en calorías (palomitas de maíz sin mantequilla, zanahorias o ensaladas).
 - * Beber un vaso de agua inmediatamente antes de comer.
 - * Usar platos pequeños.
 - * No comer del plato de otra persona..
 - * Comer lentamente, ensalivar y masticar perfectamente.
 - * Dejar los cubiertos mientras mastica y tomarlos hasta el siguiente bocado.
 - * Tomar botanas bajas en calorías y masticarlas para satisfacer la necesidad oral (zanahorias, apio, manzana, etc).
 - * Beber líquidos bajos en calorías o agua natural.
 - * Planificar comidas extraordinarias para el fin de semana siempre que se disminuyan las calorías de los demás días y sean las mismas que aumenten en la comida extra, sin abusar.
 - * Evitar " picar " entre comidas.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

- * Evitar comidas rápidas ya que contienen alto contenido en grasas y calorías totales.
 - * Evitar comprar comida ya preparada porque contienen ingredientes ocultos como sal, ácidos grasos saturados y azúcares.
 - * Planear anticipadamente las comidas para mantener la continuidad del tratamiento dietético.
- Proponer hacer amistades de su edad a quienes les interese su salud y sean activos, si es posible se consiga una compañera que haga también el programa alimenticio y sirva de apoyo.
 - Crearle un sistema de apoyo de personas que valoren el desarrollo y el aprecio como individuo.
 - Explicar la importancia y beneficios de combinar el programa dietético con un plan de actividad física.
 - Comentar la posibilidad de iniciar un programa de actividad física.
 - Ayudarle a combatir el sedentarismo, estableciendo conjuntamente un programa realista de ejercicio moderado tomando en cuenta los recursos, el estilo de vida y capacidades.

El programa de ejercicios físicos se detalla en el diagnóstico 2.

- Comentar los problemas potenciales que conlleva el sobre peso: aterosclerosis, diabetes, patología de la vesícula biliar, cáncer de mama, cáncer de colon, mayor riesgo de accidentes y lesión, hipertensión, hipertrofia ventricular izquierda, etc.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA

- Proporcionar a la familia la misma información que a la adolescente.
- Explicar la importancia de su participación en el programa establecido.
- Implicar a la familia en el proyecto de reducción de peso creándole un sistema de apoyo que valore los éxitos obtenidos.
- Comprometer a la familia de que proporcione las condiciones y recursos para la adquisición de alimentos, su preparación y el desarrollo del plan alimenticio y de ejercicio físico.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

DIAGNOSTICO 2.

CONSIDERACIONES DE LA VALORACIÓN ESPECIFICA

- Peso, talla, sexo, edad, etapa de desarrollo.
- Cambios significativos en los signos vitales en respuesta a la actividad.
- Estado músculo esquelético: alineación corporal, masa y tono muscular, capacidad articular y de flexibilidad.
- Presencia de malestar, disnea al esfuerzo, mareos, náuseas, fatiga en respuesta a la actividad, estado nutricional.
- Patrones habituales de sueño / reposo / actividad.
- Estado emocional, depresión, falta de motivación, apatía, etapa de desarrollo.
- Factores socioculturales, económicos y situación familiar.
- Preocupación o inquietud ante la necesidad de actividad.
- Estilo de vida sedentario.

OBJETIVOS

A CORTO PLAZO

La adolescente

- Será capaz de identificar la importancia de mantener un equilibrio entre la actividad física y la ingesta calórica como elemento indispensable para la reducción del sobrepeso.
- Identificará las causas de la intolerancia a la actividad y su relación con el sobrepeso.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Identificará la importancia de mantener una alineación corporal adecuada.
- Expresará su deseo de desarrollar y mantener un plan de actividad física personalizado.

A MEDIANO PLAZO

- Llevará a cabo el plan de actividad física personalizado sin esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales.
- Aplicará los principios de la mecánica corporal, manteniendo una alineación corporal correcta.

A LARGO PLAZO

- Mantendrá constancia en el plan de actividad física para la reducción de sobrepeso hasta conseguir el peso ideal y para mantenerlo.
- Aplicará habitualmente los principios de mecánica corporal y alineación correcta.

La familia

- Expresará su deseo de cooperar en el plan terapéutico de ejercicios de la adolescente.
- Proporcionará apoyo dentro de sus posibilidades para el desarrollo y mantenimiento del plan de ejercicios físicos de la adolescente

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA ADOLESCENTE

- Identificar con la adolescente y la familia las causas, alcance y repercusiones de la intolerancia a la actividad en su vida diaria.
- Proporcionar información sobre la relación de la actividad física y la ingesta calórica y la importancia de mantener un equilibrio entre ambas para disminuir el peso y mantener el peso ideal.
- Describir los beneficios de la actividad física, el acondicionamiento físico, la flexibilidad y la tonicidad muscular.
- Establecer un horario regular de ejercicios teniendo como objetivo realizarlo de tres a cinco veces por semana con duración de 15 a 45 minutos y con una frecuencia cardíaca del 80% de la prueba de esfuerzo o cálculo aproximado (150 latidos por minuto en edad de 13-19 años). Tomando como referencia la frecuencia cardíaca en reposo de 80 latidos por minuto; es decir, mantendrá una frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto.
- Determinar un plan de acondicionamiento físico de 45 minutos distribuidos en 15 minutos de calentamiento, 15 minutos de caminata y 15 minutos de gimnasia, supervisando no rebasar la frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto. Cabe mencionar que la parte modificable será la de caminata, que irá aumentando su nivel de esfuerzo conforme la tolerancia a la actividad sea mayor hasta alcanzar la máxima velocidad corriendo.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Comprometer a la adolescente a mantener en forma habitual el plan de actividad propuesto adaptando horarios y actividades diarias.
- Añadir ejercicio adicional según tolere (bicicleta fija, baile, natación, ciclismo) como actividad recreativa.
- Aconsejar caminar unas calles antes de abordar el autobús, uso de escaleras en vez del elevador, etc.
- Explicar la importancia de mantener la alineación corporal correcta así como una postura adecuada.
- Comprometer a la adolescente a mantener una postura y alineación correcta habitualmente.
- Se buscará un grupo de apoyo de su edad que motive a la práctica de ejercicio físico y que reconozca los logros obtenidos.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA

- Se explicará a la familia la forma en la que podrá participar y la importancia de la misma en el logro de los objetivos.
- Se comprometerá a la familia a apoyar el programa de actividad física establecida, alentando, motivando, valorando logros, etc., ya que se mantendrá por un período extenso que requiere motivación y apoyo.
- Considerar la posibilidad de que la familia se incluya en el programa de actividad física.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

DIAGNOSTICO 3.

CONSIDERACIONES DE LA VALORACIÓN ESPECIFICA

- Edad, sexo, etapa de desarrollo.
- Situación de salud que requiere intervención.
- Naturaleza del problema.
- Conocimientos y habilidades necesarios para el mantenimiento de la salud.
- Prácticas habituales y actuales del cuidado personal y estilo de vida.
- Crisis personal (etapa de desarrollo, cambio de rol).
- Motivación, nivel educacional, ocupación.
- Familia, amigos, vecinos, servicios de la comunidad.
- Entorno físico: recursos económicos y materiales.

OBJETIVOS

La adolescente

- Mantendrá voluntariamente los hábitos higiénicos y del cuidado personal para el mantenimiento de su salud.

La familia

- Participará activamente en el plan establecido para la adolescente.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA ADOLESCENTE

- Identificar con la adolescente las conductas que alteran el mantenimiento de la salud (hábitos higiénicos, dietéticos, cuidado de la piel, cuidado personal).
- Explicará los beneficios de mantener buenos hábitos higiénicos, la repercusión en su situación de salud actual, sobre la vida cotidiana y su imagen personal.
- Ayudará a identificar los recursos personales, físicos y materiales con que cuenta la adolescente y la forma de utilizarlos eficazmente para satisfacer sus necesidades de higiene personal y de mantenimiento de la salud.
- Estimular al máximo para la participación personal en sus cuidados, hábitos higiénicos y cuidado personal, esto es, con salidas, paseos, convivencia social y familiar en lugares en donde la presentación tenga valor significativo.
- Apoyar y promover las prácticas de higiene adecuadas para conducir al bienestar y la salud.
- Discutir con la adolescente los efectos nocivos o perjudiciales que determinadas conductas o hábitos ocasionan en el cuerpo y sus repercusiones con la salud.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA

- Proporcionar la información relacionada con los problemas detectados en la adolescente.
- Solicitar su participación activa, proporcionando los recursos materiales necesarios para la higiene y cuidado corporal y mantenerlos al alcance de la adolescente.
- Solicitar su participación como grupo de apoyo elogiando los logros obtenidos, animar a continuar con aquéllas acciones eficaces y reconociendo el esfuerzo realizado.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

DIAGNOSTICO 4.

CONSIDERACIONES DE LA VALORACIÓN ESPECÍFICA

- Edad, sexo, talla , peso, etapa de desarrollo.
- Rol familiar.
- Significado de la imagen corporal adecuada.
- Reacción de la familia ante la situación problema.
- Incapacidad de tomar decisiones relacionadas a su propio cuidado.
- Tratar de ocultar la parte del cuerpo que no le agrada.
- Presentar conducta autodestructiva.
- Expresar verbalmente sentimientos de inutilidad o inseguridad.
- Mostrar cambios en la apreciación del cuerpo en el ambiente.
- Rehusar participar en el auto cuidado.
- Alteraciones en el patrón habitual de responsabilidad.
- Cambios en la interacción social.
- Medio social al que pertenece.

OBJETIVOS

La adolescente

- Expresará una percepción realista de su imagen corporal.

La familia

- Participará activamente en el plan establecido para la adolescente.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA ADOLESCENTE

- Identificar y analizar con la adolescente las causas que han originado las alteraciones en la percepción de su imagen corporal.
- Aconsejarle estrategias para mejorar su aspecto general, higiene, cuidado personal, arreglo y aliño, control de peso, etc.
- Aclarar las percepciones negativas hacia su imagen corporal y trabajar sobre la reconstrucción de la misma.
 - * Establecer una relación de confianza con la adolescente.
 - * Animarle a que exprese sus sentimientos sobre la forma en que siente y piensa o se ve a sí misma.
 - * Proporcionar información fiable y reforzar la que esté presente acerca de la aceptación y adaptación, de la percepción de su imagen corporal en la sociedad en que se desenvuelve.
- Promover la interacción social con grupos de su edad.
- Aumentar la participación de la adolescente en el desempeño de actividades cotidianas.
- Aconsejarle estrategias para crearse una imagen y arreglo de acuerdo a su edad, sexo, complexión, que favorezcan la percepción de sí misma.
- Proporcionar la información acerca de los recursos psicológicos y personales, materiales y comunitarios en que se puede apoyar para mejorar la percepción de su propia imagen.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA Y AMIGOS

- Desaconsejar el uso de críticas o comentarios mal intencionados, el rechazo o aislamiento para con la adolescente.
- Solicitar la participación activa mediante elogios reales.
- Desaconsejar la sobreprotección o elogios desmedidos.
- Proporcionarle información de que la percepción de la imagen corporal durante la adolescencia es respuesta a los cambios físicos en el cuerpo, a una serie de pérdidas y nuevas adquisiciones y a la forma en que la sociedad en que se desenvuelve acepte o rechace dichos cambios.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

DIAGNOSTICO 5.

CONSIDERACIONES DE LA VALORACIÓN ESPECIFICA

- Sexo, edad, etapa de desarrollo.
- Percepción de sí misma: Sentimientos de inferioridad, inadecuación, inseguridad.
- Dificultad para expresar ideas, sentimientos, deseos.
- Cambios en la imagen corporal, percepción de la imagen corporal.
- Cambios en los hábitos alimenticios, higiene, arreglo personal.

OBJETIVOS

La adolescente

- Expresará sentimientos positivos hacia sí misma y sus capacidades.

La familia

- Participará activamente en el plan establecido para la adolescente destinado a mejorar la percepción de sí misma y su autoestima.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA CON LA ADOLESCENTE

- Identificar con la adolescente la causa o causas que favorece o provoca sentimientos negativos.
- Identificar con la adolescente los recursos personales, familiares y sociales con que cuenta para mejorar su auto-percepción ofreciéndole propuestas para explotarlas y conseguir los objetivos.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Proporcionarle estrategias para fortalecer su auto-percepción a través de la identificación de cualidades y valores que posee.
- Ayudarle a establecer pautas de conducta, que le ayuden a fortalecer su auto-percepción a través de actitudes de la vida diaria: alimentación, higiene, aliño, actividad física, recreación, etc.
- Apoyarle en la formulación de planes para establecer nuevas relaciones sociales: Encuentro con amigos, paseos, participación en eventos artísticos, actividades comunitarias, etc.
- Valorar la consulta con un profesional de salud mental, participación en grupos de auto ayuda o sesiones de psicoterapia individual, familiar o grupal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA

- Proporcionar la información correspondiente a la situación problema.
- Fomentar su participación activa en el plan terapéutico en la medida de sus posibilidades y deseos, considerando los de la adolescente.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO 6.

CONSIDERACIONES DE LA VALORACIÓN ESPECÍFICA.

- Sexo, edad, etapa de desarrollo.
- Expresiones de incapacidad para afrontar la situación actual.
- Insatisfacción de las expectativas propias y del desempeño de rol.
- Sensación subjetiva de la pérdida de control de la situación.
- Sensación subjetiva de inseguridad personal.
- Dificultad para solicitar ayuda a familiares.
- Manifestaciones de ansiedad, cambios en el cuidado personal, cambios en los patrones alimentarios, apatía, desgano, falta de motivación, falta de voluntad, etc.
- Estrategias habituales de afrontamiento: formas de respuesta emocional, cognitiva y física.
- Respuestas efectivas anteriores ante situaciones similares.
- Mecanismos de defensa, empleados: negación, dependencia, cólera, rebeldía.
- Recursos internos: Integración social, capacidad para la toma de decisiones, valores e ideas, expectativas, deseos, nivel educacional, cultura y costumbres.
- Recursos externos: amigos y familiares, situación económica, satisfacción escolar.
- Cambios en los patrones habituales de comunicación.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

OBJETIVOS

La adolescente

- Recuperará una conducta adaptativa y la capacidad de solución de problemas para responder a las demandas de rol de vida.

La familia

- Realizará los cambios de conducta indicados en el plan establecido.

INTERVENCIONES DE LA ENFERMERÍA CON LA ADOLESCENTE.

- Identificar con la adolescente el origen o causa de la dificultad para afrontar la situación problema.
- Ofrecerle una explicación amplia de la etapa de adolescencia y de cómo al ser considerada una etapa de grandes cambios implica un proceso de adaptación.
- Proporcionarle apoyo en la identificación de los aspectos que debe modificar.
- Determinar conjuntamente las repercusiones que la situación que esta viviendo ha supuesto en su vida cotidiana y la forma de usar los recursos internos y externos de que dispone para reducirlas y / o solucionarlas.
- Sugerirle identificar estrategias previas de afrontamiento individual, eficaz a través de la modificación del estilo de vida, conducta de acuerdo a su edad.
- Establecer propuestas para la aplicación de técnicas de autocuidado, comunicación, control y manejo de stress, etc.
- Sugerirle establecer expectativas de vida y de desempeño del rol.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Clarificar y enfatizar la responsabilidad de la persona en su propia conducta, decisiones, estilo de vida, desempeño de rol y uso de alternativas existentes.
- Discutir el efecto de su conducta sobre sus relaciones familiares y sociales y los beneficios que lograría con el cambio.
- Valorar continuamente los logros obtenidos sin exageraciones ni juicios personales.
- Valorar la necesidad de consultar con su especialista en salud mental para obtener ayuda, apoyo o consejo especializado.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA CON LA FAMILIA.

- Explicarle la importancia de su participación en el plan establecido.
- Proporcionarle información de la forma en que su participación facilitará el afrontamiento individual en la etapa de crisis.
- Enfatizar la importancia de la comunicación para una mejor integración familiar.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.4 EJECUCION DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

DIAGNOSTICO 1 Y 2

Al confeccionar y poner en práctica el plan alimenticio y el programa de ejercicios físicos se consideró el entorno familiar y social así como los recursos físicos, culturales y económicos.

Se formó un ambiente terapéutico de colaboración familiar como sistema de apoyo y motivación.

Se aconsejó el uso de trucos para la presentación ingesta de alimentos para facilitar el logro de los objetivos: horarios de comida fijos, comer despacio y con tranquilidad, masticar, ensalivar bien los alimentos, servir porciones pequeñas, y uso de platos pequeños.

Se proporciono información sobre los distintos grupos de alimentos y el valor calórico de los mismos con el objetivo de que realice por sí misma su conteo calórico y elabore su propio plan alimenticio.

Se incluyó a un grupo de acondicionamiento físico en la clínica 23 del Seguro Social con horario de 17:00 hrs. a 17:45 que también incluye natación de 18 a 18:45 hrs.

Previamente se realizó la valoración física para determinar si podría ser incluida y para descartar alteraciones fisiológicas anexas que pudieran perjudicar su salud y obstaculizar la tolerancia a la actividad.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Principalmente se realizará el acondicionamiento físico y conforme adquiera mayor tolerancia y condición (1-2 meses) se incluirá también en el grupo de natación.

DIAGNOSTICO 3

Fue importante mantener una actitud abierta e imparcial, sin emitir juicios de valor, no mostrando extrañeza o sorpresa ante situaciones que pudieran interferir en el pudor e intimidad del adolescente.

Se resolvieron dudas ante situaciones planteadas respondiendo con sinceridad y firmeza.

Se procuró contar siempre con la participación de la familia ya que constituye un factor importante de apoyo.

DIAGNOSTICO 4

Fue necesario crear un entorno tranquilo y una relación de confianza para animar a la adolescente a explorar sus sentimientos.

En todo momento fue necesario transmitirle seguridad para formarse una imagen de sí misma lo más positivo y natural posible.

DIAGNOSTICO 5

Se mantuvo una relación de confianza mostrando actitud imparcial sin emitir juicio de valor, ni prejuizar o atemorizar con malos comentarios.

Continuamente se le elogiaron los logros obtenidos, manteniendo a la familia como parte fundamental y de soporte así como a su grupo de amigos.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EJECUCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA*

DIAGNOSTICO 6

Se estableció una relación personalizada basada en la confianza y respeto mutuo, manteniendo en todo momento una actitud imparcial.

Se creó un ambiente de seguridad evitando comentarios que hicieran sentir a la adolescente como poco inteligente en su conducta.

Se estimuló a la libre expresión de sentimientos para hacer conscientes sus emociones negativas.

Se incluyó en todo momento a la familia por ser el grupo con quien es mayor el problema de comunicación, programando encuentros que facilitarán la comunicación entre sí.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN*

4.5 EVALUACION DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

DIAGNOSTICO 1.

Los objetivos a corto plazo se alcanzaron en su totalidad durante la semana comprendida del 22 al 28 de mayo. (Peso, el 22 de mayo 87 kg).

La adolescente logró identificar la relación entre la ingesta calórica y el gasto energético así como la clasificación de los alimentos, su valor nutricional y calórico; por lo tanto se logró comprometerle a modificar el patrón de ingesta con voluntad y optimismo.

La familia expresó el deseo de cooperar con la adolescente, comprendió la importancia de su participación y la forma de hacerlo.

Se establecieron los objetivos a mediano plazo con la seguridad del haber concientizado a la adolescente sobre los nuevos objetivos planeados.

Durante la semana del 29 de mayo al 14 de junio se logró una disminución de peso de 900 g, es decir, tuvo un peso de 86.100 kg combinando la alimentación planeada de un patrón de 1200 kcal y la actividad física aumentada. En la semana del 5 al 11 de junio tuvo un peso de 85.300 kg es decir, tuvo una disminución de 800 g. La semana del 12 al 18 de junio presenta un peso de 84.400 kg logrando una disminución de 900 g. La semana del 19 al 25 de junio obtuvo 83.600 kg disminuyendo a 800 g. Durante la semana del 26 de junio al 2 de julio obtuvo una disminución de 900 g es decir presento un peso de 82.700 kg.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

Los objetivos con la familia se cumplieran al máximo, cooperando en todo momento; cumpliendo los objetivos de función como grupo de apoyo, alentado y motivado a la adolescente.

En base al éxito obtenido en los objetivos a corto plazo y a mediano plazo se formularon los objetivos a largo plazo, se continuará la evaluación del plan propuesto indefinidamente como parte del plan de mantenimiento.

DIAGNOSTICO 2.

Los objetivos a corto plazo se cumplieron a partir de la semana del 22 al 28 de mayo. Durante este tiempo la adolescente fue capaz de reforzar la importancia de mantener en equilibrio entre la actividad física y la ingesta calórica como elemento indispensable para la reducción de peso y las causas que originaron la intolerancia a la actividad. Tomó conciencia de la importancia de mantener una alimentación corporal y postura adecuada.

También manifestó su deseo de poner en práctica la mecánica corporal para mantener una alineación corporal y postura adecuada.

Se formularon los objetivos a mediano plazo teniendo la certeza de haber concientizado y sensibilizando a la adolescente en la importancia de satisfacer la necesidad de movimiento y mantenimiento de una buena postura. La adolescente a partir del 29 de mayo se incluyó a un grupo de acondicionamiento físico en la clínica 23 del Seguro Social.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

Objetivo original:

- Llevará a cabo el plan de actividad física personalizada sin esfuerzo excesivo ni cambios significativos en sus signos vitales.

Objetivo perfeccionado:

- Aprenderá a valorar y mantener sus signos vitales en cifras normales durante la participación del ejercicio físico, del plan establecido.

La adolescente logró mantener sus signos vitales en cifras normales a partir del 2 de junio, es decir el 5º día después de iniciar el plan de ejercicios; al combinarlo con los cambios establecidos en el patrón alimenticio ha logrado una disminución de peso paulatina, considerable y constante además de haber aumentado la tolerancia a la actividad.

Los objetivos referentes a la aplicación de mecánica corporal para mantener una alineación corporal y posturas adecuadas se cumplieron observando cambios en las posturas anteriores y en las actuales, ahora es capaz de mantener la alineación corporal correcta en forma habitual, por lo tanto se establecieron los objetivos a largo plazo que hasta la fecha del 2 de julio se han cumplido al 100% y se continuarán evaluando hasta considerarlo necesario.

Cabe mencionar que la familia fue un grupo de apoyo importante ya que hasta el momento ha motivado a la adolescente elogiando y valorando el esfuerzo realizado para satisfacer las necesidades de moverse y mantener buena postura.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

DIAGNOSTICO 3.

Se establecieron los objetivos y se aplicó el plan establecido, sin embargo cuando se analizaron las causas que originaron los cambios de conducta para mantener su higiene personal y el cuidado de la piel, en general el mantenimiento de la salud se encontraron datos que llevo a perfeccionar el diagnóstico de enfermería original.

Diagnóstico de enfermería original.

Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con la falta de motivación manifestando por la irregularidad en las prácticas habituales del cuidado personal y cuidado de la salud.

Diagnóstico de enfermería perfeccionado.

Alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con la etapa de desarrollo (adolescencia) manifestado por la irregularidad en las prácticas habituales, cuidado personal y control de salud.

El plan de atención de enfermería se mantuvo con las mismas intervenciones dirigidas al mantenimiento de la salud, con la intención de no mostrar actitud juiciosa o de criticar que incomoden aun más a la adolescente y de conservar la relación de confianza ya que se correría el riesgo de perderla.

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN

A la fecha del 2 de julio se lograron cambios en los hábitos higiénicos como el baño diario, el aseo bucal por lo menos 3 veces al día la protección y el cuidado de la piel, los cambios en los hábitos dietéticos, todas acciones dirigidas al mantenimiento de la salud.

Se obtuvo la cooperación de la familia que mantuvo al alcance del adolescente los recursos físicos y materiales necesarios para el logro de los objetivos.

DIAGNOSTICO 4.

El objetivo con la adolescente se cumplió en el lapso de 2 semanas, comprendidas en el periodo del 22 de mayo al 4 de junio, en el cual la adolescente se propuso reconstruir su imagen corporal, posteriormente tuvo la confianza para aceptar su imagen corporal con bases realistas.

Como intervenciones de enfermería para este diagnóstico se consideraron las de los diagnósticos anteriores, ya que todas favorecen la percepción positiva de su imagen corporal y contribuyen al cumplimiento de los objetivos. Los objetivos dirigidos a la familia y amigos se cumplieron ya que mostraron también cambios de conducta que favorecieran el logro de sus objetivos.

DIAGNOSTICO 5.

La adolescente aprendió a valorar sus capacidades físicas, espirituales logrando fortalecer su autoestima erradicando el problema potencial. Mejoro sus relaciones humanas, aumento su grupo social y se mantiene segura y optimista ante la vida.

*APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN*

DIAGNOSTICO 6.

La familia fue la primera en alcanzar los objetivos ya que se requirió del apoyo total para recuperar la relación entre la adolescente y la familia. La adolescencia es una etapa en que la persona se cierra ante cualquier observación o sugerencia.

Con la familia los objetivos se obtuvieron durante los días del 29 al 30 de junio.

Con la adolescente aun no se cubren totalmente los objetivos sin embargo se continuará trabajando en ello. Ya que es comprensible que se necesite tiempo para restaurar la relación entre la familia y la adolescente. Y por lo menos se ha mantenido una relación de confianza en ambas partes.

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES.

La profesión de Enfermería posee un conjunto de conocimientos propios basados en teorías científicas enfocadas hacia la salud y el bienestar de la persona, es aquí donde se fundamenta su carácter de ciencia; sin embargo, también es un arte que consiste en el cuidado de la persona para la satisfacción de necesidades durante su ciclo vital ocupándose de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos y centrado en las respuestas de la persona que interactúa en el entorno.

A través del enfoque deliberativo para la resolución de problemas, el proceso de atención de Enfermería exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales para cubrir las necesidades de la persona.

En la práctica de Enfermería intuitivamente empleamos algún modelo, en esta ocasión se emplea el modelo de Virginia Henderson, lo cual permitió el uso del propio cuerpo de conocimientos de Enfermería adaptando las intervenciones a la persona y aumentando la efectividad de las intervenciones de Enfermería.

El proceso de atención de Enfermería me dejó inmensas satisfacciones, entre ellas la relación de intimidad, confianza, empatía que experimenté con la adolescente.

CONCLUSIONES

Nos permitió conocer el origen de los problemas que en ocasiones me impresionaba; pero ese fue el reto, sobre todo por la etapa de desarrollo en que ella se encuentra. Debimos mantener en todo momento un entorno de bienestar y seguridad, ya que una crítica o juicio mal intencionado podía venirse abajo el plan de atención.

Paulatinamente se han controlado los problemas detectados debido a que los objetivos en su mayoría fueron a largo plazo con el compromiso ético y moral de continuar evaluando el plan de atención de Enfermería indefinidamente.

Una vez más pude comprobar como el proceso de atención de Enfermería permite el incremento de la investigación desarrollando un pensamiento crítico y reflexivo a través de la atención científica y metodológica.

GLOSARIO

6. GLOSARIO.

Anorexia. Pérdida del apetito o ausencia de comer.

Autoestima. Actitud valorativa hacia uno mismo, se le relaciona con el auto concepto y auto evaluación.

Auto imagen. Concepto acerca de uno mismo.

Caloría. Cantidad de energía calorífica necesaria para elevar la temperatura de una gota de agua a 1° C.

Duelo. Sentimientos físicos y emocionales relacionados con la pérdida o separación de un objeto o un ser amado..

Ectomorfo. Tiene un cuerpo bastante pequeño, una estructura ósea delicada brazos y piernas largas.

Ejercicio. Movimiento dirigido a incrementar la fortaleza, el vigor y la tonificación total del cuerpo.

Endomorfo. Clasificación del somatotipo. Posee un cuerpo bastante grande Y brazos y piernas cortos.

Estigma Social. Señal de desaprobación contra una persona, como resultado de una violación al sistema de valores del grupo social.

Estímulo. Cambio en el ambiente para provocar una respuesta determinada en la persona.

Flexibilidad. Articulaciones en su Capacidad para mover las amplitud normal.

Marco. Estructura principal que sostiene algo.

GLOSARIO

Mecánica corporal. Uso eficaz del cuerpo, considerando este como una máquina.

Mesomorfo. Tiene un tórax grande y músculos que predominan sobre el abdomen, sus articulaciones son prominentes.

Obesidad. Condición caracterizada por un exceso de grasa corporal.

Postura. Posición del cuerpo a la manera en que esté sostenido, requiere energía para contrarrestar los efectos de la gravedad.

Postura adecuada. Colocación del cuerpo en una posición que permita su alineación correcta y un equilibrio apropiado, posibilita a los sistemas corporales que su funcionamiento sea eficaz.

Principios. Hecho refutable con el cuál es posible predecir ciertos resultados.

Signo. Observación medible por otra persona en el paciente es de naturaleza objetiva.

Síntoma. Observación percibida y descrita por el paciente, es de naturaleza subjetiva.

Somatotipo. Clasificación antropológica del carácter físico que se basa en el tamaño y proporción del cuerpo.

Recurso. Posesión considerada como valiosa en virtud de que su disponibilidad es limitada y carece de sustitutos.

Valor. Ideas o creencias atesorada por la persona.

7. BIBLIOGRAFÍA.

ABERASTURY, Armandy. et. al. Adolescencia. Ed. Kargieman 1971 342 p.

ALFARO, Lefevre Rosalinda. Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía Práctica. Tr. María Teresa Luis Rodrigo 3a. Ed. ed. Mosby-Doyma. Madrid, 1996.

BAENA, Guillermina. Instrumentos De Investigación. 14a. Reimpresión. Editores Mexicanos Unidos. México, 1988. 134 p.

BALSEIRO, Almario Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Acuario. México, 1991. 223 p.

BEAL, A. Virginia. Nutrición en el Ciclo de Vida. Ed. Limusa S.A. de C.V. 1ª. Reimpresión. 1992. México, DF. 490 p.

CARPENITO. Juall Linda. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la Práctica Clínica. Ed. Interamericana. Mc-Graw-Hill. 1ª. Ed. México,DF 1983. 554 p.

CORMILLOT, F. J. Alberto. Obesidad, Ed. Panamericana. Buenos Aires, 1977

BIBLIOGRAFIA

DONAHUE, M. Patricia. **La Enfermería. La Condición del Arte. Historia de la Enfermería.** Tr. María Picazo. Ed. Doyma. Barcelona, 1998. 435-461.467-473p.

DONALD, S. Mc laren, **La Nutrición y sus Trastornos.** Ed. Manual Moderno 3ª. Ed. México, 1983. 439 p.

Enciclopedia de la Enfermería. Tomos I-VI. Ed. Océano Centrum. 1986. 1145 p.

FERNÁNDEZ, Ferrín Carmen. Et al **El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería.** Ed. Masson-Salvat. Barcelona, 1995.

HARRISON, Tinsley Randolph. **Medicina Interna.** 14 a. Ed. Tr. De la 4a en inglés. La prensa médica mexicana. México 1998. Tomo 1. 513-524 p

IYER, W. Patricia. Et al. **Proceso y Diagnóstico de Enfermería.** 3ª. ed. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México, DF. 444p.

KEITH, B. Taylor. **Nutrición Clínica.** Ed. Interamericana Mc Graw-Hill México, DF, 1991. 656 p.

BIBLIOGRAFIA

- KOZIER, Bárbara. Et al. **Introducción a la Enfermería. Enfermería Fundamental.** 4ª. ed. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill Madrid, 1993 2-22 p.
- MERCK, Sharp & Dohme. **MANUAL MERCK.** Ed. Océano. 671-717 p.
- MC-LAREN, S. Donald. **La Nutrición y sus Trastornos.** ed. Manual Moderno. 3ª. ed. México 1983. 113 p.
- OLIVARES, C. Sonia. et. al. **Nutrición. Prevención de Riesgos y Tratamiento Dietético.** Ed. CONFELANYD. 2ª.ed. 1991. 231 p.
- PHANEUF, Margot. **Cuidados de Enfermería. E l Proceso de Enfermería.** Tr. Carlos M. López González y Julia López Ruiz. Ed. Mc Graw-Hill. Madrid, 1993. 17-48 p.
- SOLIS, Guzmán Carolina. **Instrumento para los Tramitae De Titulación a Nivel Licenciatura en Examen Profesional Oral.** ENEO-UNAM. 1998. 27 p.
- UGALDE, Apalategui Mercedes. **Diagnóstico de Enfermería. Taxonomía NANDA.** Ed. Masson. 1ª. ed. Barcelona,1995. 195-196 199-200 p.

9. ANEXOS

9.1 INSTRUMENTO METODOLOGICO PARA LA VALORACIÓN DE NECESIDADES (MODELO VIRGINIA HENDERSON)

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha de admisión: _____ Hora: _____

Procedencia: _____ Fuente de información: _____

Fiabilidad: _____ Miembro de la familia / persona significativa _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS

1.- NECESIDADES BASICAS DE: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

NECESIDAD DE OXIGENACION

Subjetivo:

Disnea debido a : _____ Tos productiva-seca: _____ Dolor asociado con la respiración: _____ fumador: _____

Desde cuando fuma, cuantos cigarros al día, varia la cantidad según su estado emocional: _____

Objetivo:

Registro de signos vitales y características: _____

ANEXOS

Tos productiva / seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel / lechos ungueales / peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____ Otros: _____

NECESIDAD DE NUTRICION E HIDRATACIÓN

Subjetivo:

Dieta habitual (tipo): _____ Número de comidas diarias: _____

Trastornos digestivos: _____ Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____ Membranas mucosas hidratadas / secas

_____ Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuro muscular y esquelético: _____

Aspecto de dientes y encías: _____ Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces, orina y

menstruación: _____ Historia de hemorragias / enfermedades renales

otros: _____ Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar-menstruar-orinar: _____ Como fluyen las emociones

ANEXOS

de en sus patrones de eliminación: _____

Objetivo:

Abdomen características: _____ Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____ Otros: _____

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN .

Subjetivo:

Adaptabilidad de los cambios de temperatura : _____

Ejercicio / tipo de frecuencia _____ Temperatura ambiental que le es mas agradable : _____

Objetivo:

Características de la piel: _____ Transpiración : _____ Condiciones del entorno fisico: _____ Otros: _____

2.-NECESIDADES BASICAS DE:

Moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel y evitar peligros.

NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Subjetivo:

Capacidad fisica cotidiana: _____

Actividades en el tiempo libre: _____

Hábitos de descanso: _____ Hábitos de trabajo: _____

ANEXOS

Objetivo:

Estado del sistema músculo esquelético, fuerza: _____

Capacidad muscular, tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Necesidad de ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____ Presencia de temblores: _____

Estado de conciencia: _____ Estado emocional: _____

Otros: _____

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____ Insomnio: _____ Debido a: _____

Descansado a levantarse: _____

Objetivo:

Estado mental. Ansiedad / estrés/ lenguaje: _____ Ojeras: _____

Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____ Apatía: _____

Cefaleas: _____ Respuesta a estímulos: _____ Otros: _____

NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS

Subjetivo:

Influye su estado de ánimo para la selección de sus prendas de vestir: _____

ANEXOS

Su autoestima es determinante en su modo de vestir: _____

Sus creencias le impiden vestirse como a usted le gustaría: _____

Necesita ayuda para la selección de su vestuario: _____

Objetivo:

Viste adecuado a su edad: _____ Capacidad psicomotora para vestirse y
desvestirse: _____ Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

NECESIDADES DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

Subjetivo:

Frecuencia del baño: _____ Momento preferido para el baño: _____

Cuántas veces se asea los dientes al día: _____ Aseo de manos antes y
después de comer: _____ Después de eliminar: _____ Tiene creencias
personales o religiosas que eliminen sus hábitos higiénicos: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____ Olor corporal: _____ halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____ Lesiones térmicas tipo: _____

NECESIDADES DE EVITAR PELIGROS

Subjetivo:

Que miembros componen su familia: _____ Como reacciona ante situaciones
de urgencia: _____ Conoce las medidas de prevención de accidentes hogar:

_____ Trabajo: _____ Realizan controles periódicos de salud

ANEXOS

recomendados en su persona:_____ Familiares:_____ Como canaliza las situaciones de tensión en su vida:_____

Objetivo:

Deformidades congénitas:_____ Condiciones del ambiente en su hogar:_____

3.- NECESIDADES BASICAS DE:

comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse jugar y participar en actividades recreativas, aprendizaje.

NECESIDAD DE COMUNICARSE

Subjetivo:

Estado civil:_____ Años de relación:_____ Vive con:_____

Preocupaciones / stress:_____ Otras personas que pueden ayudar:_____

Rol en la estructura familiar:_____ Comunique problemas debido a la enfermedad / estado:_____ Cuanto tiempo pasa sola:_____ Frecuencia en los contactos sociales diferentes en el trabajo:_____

Objetivo:

Habla claro:_____ Confusa:_____ Dificultad, visión:_____ Audición:_____

Comunicación verbal /no verbal con la familia/ con otras personas significativas:_____

NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Subjetivo:

Creencia religiosa:_____ Su creencia religiosa le genera conflictos personales:_____ Principales valores en la familia:_____

Principales valores personales:_____ Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir:_____

Objetivo:

Hábitos específicos de vestido(grupo social religioso):_____

Permite contacto físico:_____ Presencia algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE

Subjetivo:

Trabaja actualmente:_____ Tipo de trabajo:_____ Riesgos:_____

Cuanto tiempo le dedica al trabajo:_____ Esta satisfecho con su trabajo:_____

Su remuneración le permite cubrir sus necesidades básicas y / o las familiares:_____

Esta satisfecha con el rol de familiar que juega:_____

Objetivo:

Estado emocional / calmado / ansioso / enfadado / retraído/ temeroso / irritable / inquieto / eufórico:_____ Otros:_____

NECESIDAD DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de esta necesidad : _____

Recursos en su comunidad para la recreación : _____ Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa : _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____ Rechazo a las actividades recreativas : _____ Estado de ánimo, apático/aburrido/participativo : _____ Otros : _____

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

Subjetivo:

Nivel de educación: _____ Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ Tipo: _____ Preferencias, leer / escribir: _____

Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de su comunidad: _____

Sabe como utilizar estas fuentes de apoyo: _____ Interés en el aprendizaje para resolver problemas de salud: _____ Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____ órganos de los sentidos: _____

Estado emocional, ansiedad y dolor: _____ Memoria paciente: _____

Memoria remota: _____ Otras manifestaciones: _____

9.2 TABLA 1. DEFINICIONES DE ENFERMERIA SEGÚN IMPORTANTES TEORICOS

TEORICO	MODELO	DEFINICIONES DE ENFERMERIA
Virginia Henderson	Necesidades básicas	Ayudar al individuo, enfermo o sano, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz), y que podría llevar a cabo sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios.
Myra Levine	Conservación	Una interacción humana cuyo objetivo es promover la integridad de todas las personas, enfermas o sanas
Dorothy Johnson	Sistema conductual	Una fuerza reguladora externa que actúa para conservar la organización e integración de la conducta del cliente a un nivel óptimo, en aquellas ocasiones en las que la conducta constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que existe una enfermedad
Martha Rogers	Seres humanos unitarios	Una ciencia con un conjunto organizado de conocimientos abstractos, a la que se ha llegado por la investigación científica y el análisis lógico es un arte en el uso imaginativo y creativo del conjunto de conocimientos al servicio del ser humano
Dorothea Orem	Autocuidados	Una preocupación especial por las necesidades del individuo, para las actividades de autocuidado y su prestación y tratamiento de forma continuada para mantener la vida y la salud, recuperarse de enfermedades o de lesiones y enfrentarse a sus efectos
Imogene King	Sistemas de interacción	Un proceso de acción, reacción e interacción, por el cual cliente y profesional de enfermería comparten información sobre sus percepciones en la situación de enfermería, incluye la promoción de la salud, el cuidado del enfermo y del lesionado y la atención al moribundo
Betty Newman	Sistemas	Se ocupa de mantener estable el sistema del cliente mediante la precisión en la valoración de los efectos y de los posibles efectos de los factores de estrés ambientales, y de ayudar a los ajustes de clientes necesarios para un nivel óptimo de bienestar
Sister Callista Roy	Adaptación	Un sistema de conocimiento teórico que prescribe un proceso de análisis y acciones relacionados con la atención de la persona enferma o potencialmente enferma, es necesaria cuando el estrés no habitual o el debilitamiento de los mecanismos de afrontamiento hacen que los intentos normales de la persona para el afrontamiento sean ineficaces

9.3 TABLA 2. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERIA

FUENTE DE DIFICULTADES POR PARTE DEL CLIENTE	FASES DE INTERVENCIÓN	TIPOS DE INTERVENCIÓN	CONSECUENCIAS DE ACTIVIDAD DE ENFERMERIA
Cualquier interferencia con el autocuidado, a partir de una persona, un objeto, una afección, una circunstancia o una combinación de interferencias	Incapacidad de mantener el autocuidado (déficit del sistema del autocuidado)	Cinco formas generales de ayudar: hacer algo por alguien, gular, apoyar, proporcionar un entorno de desarrollo y educar	Logro del nivel óptimo de autocuidado del paciente
Patrones de relación y de valores en un momento dado	Presentar atención (presencia verdadera) o aportar un grupo solidario y firme para que el paciente exprese y así descubra el significado de sus pensamientos, sentimientos, valores y aspectos cambiantes	Aclarar los significados explicando mediante el lenguaje que está pasando, sincronizar los ritmos, deteniéndose en el flujo de conexión-separación, movilizar la trascendencia dirigiéndose hacia las posibilidades de transformación	Patrones sanitarios cambiados
Interacciones persona-entorno no armoniosas, determinadas por valores sociales	Coordinar los ritmos del campo ambiental y del campo humano	Acciones para promover la Interacción armoniosa entre el cliente y el entorno, para fortalecer la integridad del campo humano y para dirigir y redirigir los patrones de los campos humano y ambiental	Máximo potencial de salud, unidad y creciente complejidad de organización
Afrontar una actividad que resulta inadecuada para mantener la integridad frente a un déficit a un exceso de necesidades	Estímulos focales, contextuales y residuales	Manipulación de los estímulos aumentándolos, disminuyéndolos y/o manteniéndolos	Respuestas adaptativas del cliente a los estímulos

9.3 TABLA 2. CONTINUACION...

AUTORA	OBJETIVO DE ENFERMERIA	CLIENTE	ROL DE LA ENFERMERA
Dorothea Orem (1971, 1980, 1985) modelo de autocuidado	Logro de una óptima autoasistencia del cliente, para que este pueda lograr y mantener un óptimo estado de salud	Unidad que puede contemplarse biológica, simbólica y socialmente, y que inicia y pone en práctica las actividades de autocuidado sobre la propia conducta para mantener la vida, salud y bienestar la actividad de autocuidado tiene que ver con el aire, el agua, los alimentos, la evacuación, la actividad y el reposo, la soledad y la interacción social, los peligros para la vida y para el bienestar y el ser normal (la tendencia a adaptarse a la norma)	Proporcionar asistencia sobre el paciente de forma que éste desarrolle y logre un óptimo nivel de autocuidado
Rosemarie Parse (1987) modelo de salud de los seres vivos	Transformación o sustitución de los patrones sanitarios	Ser abierto, que es más y distinto que la suma de sus partes en simultáneo intercambio mutuo con el entorno, que elige entre diversas opciones y se hace responsable de sus elecciones	Guiado por tres principios: significado, ritmicidad y contradescendencia, exploración de los significados personales de las experiencias vividas, ayudar a los clientes a reparar en los desrítmos, presentar formas energizantes de alcanzar o sobre pasar lo que es respecto a lo posible. Ayudar a los clientes a experimentar una desviación de los ritmos de todos los días
Martha Rogers (1970, 1980) ciencia de los seres humanos unitarios	Logro del máximo potencial de salud	Todo unificado que posee integridad y manifiesta unas características que son más y distintas que la suma de sus partes, un campo de energía organizado, que continuamente intercambia materia y energía con el campo energético del entorno, lo que produce un continuo replanteamiento de patrones. El ser humano tiene la capacidad de abstracción y de crear imágenes y tiene lenguaje, pensamiento, sensaciones y emociones	Ayudar a los clientes a desarrollar tipos de vida que se acomoden a los cambios ambientales, en lugar de enfrentarse a ellos
Hermana Callista Roy (1976, 1981, 1984) modelo de adaptación	Adaptación en cada uno de los cuatro tipos adaptativos de salud y enfermedad	Adaptación en cada uno de los cuatro tipos adaptativos en situaciones de salud y Enfermedad	Promover las conductas adaptativas de los clientes mediante la manipulación de los estímulos locales, contextuales y residuales

9.3 TABLA 2. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERIA

AUTORA	OBJETIVO DE ENFERMERIA	CLIENTE	ROL DE LA ENFERMERA
Virginia Henderson (1956) modelo complementario suplementario	Independencia en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales de los seres humanos	Es un ser total, completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales respirar, comer y beber evacuar moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender	Papel complementario suplementario para mantener o restaurar la independencia al satisfacer las 14 necesidades fundamentales del cliente
Dorothy Johnson (1980) modelo de sistemas de conducta	Equilibrio del sistema conductas y estabilidad dinámica	Sistemas de conducta formado por siete subsistencias afiliativo, de los logros de dependencia de agresividad, de evacuación, de digestión y sexual	Regular y controlar la estabilidad y el equilibrio sistema de conductas
Imogene King (1971, 1978, 1981, 1987) modelo de sistema de	Realización, mantenimiento o restauración de la salud para permitir que los clientes logren obtener el máximo de posibilidades en su vida diaria y en la puesta en práctica de sus roles sociales	Tres sistemas que interaccionan: individuos (sistemas personales), grupos (sistemas más interpersonales) y sociedad (sistemas sociales). sistema personal es un todo unificado y complejo que recibe piensa, desea, imagina, decide identifica objetivos y selecciona los medios para lograrlos	Proceso de interacción
Myla Levine (1973) modelo conservacional	Promoción de la totalidad	Ser holístico, sistema abierto de Sistemas, en que su totalidad expresa la organización en todas sus partes, la persona mantiene su integridad personal mediante su capacidad de adaptación, el proceso vital del sistema es un cambio incesante que tiene dirección, objetivo y significados	Terapéutico, es decir influir favorablemente o estimular a los clientes hacia un bienestar social renovado de apoyo, es decir para mantener el status quo
Hetty Neuman (1982) modelo de sistemas asistencia sanitaria	Realización mantenimiento del equilibrio del sistema del cliente	Sistema abierto formado por una estructura básica o núcleo central de factores de supervivencia rodeada por anillos concéntricos limitados por líneas de resistencia, una línea normal de defensa y una línea flexible de defensa. La persona total es una combinación de variables fisiológicas, psicológicas socioculturales y del desarrollo	Identificar los factores estresantes intrapersonales, interpersonales y extrapersonales, y ayudar al individuo a responder a dichos factores

9.3 TABLA 2. CONTINUACION...

FUENTE DE DIFICULTADES POR PARTE DEL CLIENTE	FASES DE INTERVENCIÓN	TIPOS DE INTERVENCIÓN	CONSECUENCIAS DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA
Falla de fuerza de voluntad o de conocimiento	El déficit del que emana la Dificultad	Acciones para recolocar, completar, sustituir, añadir, reforzar o aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento	1. Aumento de la independencia para satisfacer las 14 necesidades fundamentales del cliente o Muerte tranquila
Estrés funcional o estructural; desarrollo o estimulación inadecuados del sistema o de sus partes; trastorno del sistema regulador; exposición a influencias nocivas; falta de estimulación ambiental.	1 - Los mecanismos de control y regulación 2 - Las necesidades funcionales	Imponer mecanismos reguladores externos, cambiar las unidades estructurales satisfacer las necesidades funcionales, ayudar a regular equilibrio de los subsistemas	Conducta eficaz del cliente
Factores estresantes en los medios interno y externo	Percebir la dificultad del cliente y establecer los objetivos mediante la comunicación	Proceso de interacción en el que el cliente y enfermera perciben y se comunican, creando así la acción; las acciones producen reacciones y si no hay interferencias se pueden fijar los objetivos, explorar y ponerse de acuerdo sobre los medios para lograrlos y hacer transacciones	Logro de los objetivos
Alteración de la relación con los medios interno y externo	Aumentar los patrones de respuesta adaptativa	Cuatro principios de conservación; acciones para conservar la energía, la integridad estructural, la integridad personal y la integridad social	Respuestas adaptativas que conservan la totalidad
Factores estresantes intra, inter y extrapersonales en los medios interno y externo	Fortalecer las líneas de defensa normal y flexible y reducir los factores estresantes	Intervención primaria, es decir, fortalecimiento de la línea de defensa flexible de la persona, prevención secundaria, es decir, fortalecimiento de las líneas internas de resistencia y prevención terciaria, es decir, mantener los recursos energéticos de la persona	Reconstitución, es decir, movimiento desde una variación del bienestar hacia el deseado nivel de bienestar y de estabilidad del sistema del cliente

KOZIER, Bárbara et al. Introducción a la Enfermería en Marco Conceptual y Teorías de Enfermería 49 de Ed. Interamericana Mac Graw H H, Madrid. 1993 61-86 p

9.4 MENUS TIPO PARA UNA DIETA DE REDUCCION DE PESO 1200 KCAL

OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3
ALMUERZO		
½ taza de jugo de naranja 1 huevo pasado por agua 1 rebanada de pan tostado integral 1 cda. De margarina 1 taza de leche descremada café o té	½ plátano pequeño 1 taza de arroz esponjado 1 taza de leche descremada café o té	1 vaso de leche descremada 2 rebanadas de fruta 2 rebanadas de pan integral ½ taza de frijol café o té
COMIDA		
3 oz. de rebanadas de pollo 1 jitomate mediano con lechuga 1 cda. de aderezo ½ taza de espinacas 1 taza de leche descremada 1 manzana pequeña café o té	½ taza de queso cottage 1 jitomate mediano ½ taza de espárragos 2 rebanadas de pan integral 2 cda. de margarina 1 naranja pequeña café o té	1 plato de arroz 1 bistec (90 grs) verdura (100 grs) 1 fruta ½ taza de frijol 2 tortillas agua simple
CENA		
100 grs de pescado 1 papa asada con 2 cdas. de crema agria ½ taza de calabaza 1 cda. de margarina	100 grs. de carne asada de res 1 papa asada con 2 cdas. de crema agria ½ taza de zanahorias con 2 cdas. de margarina ¼ de taza de fresas	1 taza de avena (200 ml) verdura 100 grs 2 piezas de fruta 1 rebanada de pan integral
REFRIGERIO		
1 manzana sin piel	1 taza de leche descremada	1 durazno mediano
AGUA SIMPLE DE 2 A 3 LITROS AL DÍA		