

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CURSO ESPECIALIZADO EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA APLICADA EN
ENFERMERÍA**



**ESTUDIO DE CASO SEGÚN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM UTILIZANDO LA
TAXONOMÍA DE NANDA NOC Y NIC, APLICADO A USUARIA CON OBESIDAD
GRADO I, EN EL PERIODO DE MARZO A NOVIEMBRE DE 2025**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

**KASSANDRA NOELIA AGUILAR RAMÍREZ
DIANA CECILIA ARUCHA CHAVEZ
JACQUELINE GUADALUPE DONIS CIENFUEGOS
KARLA BEATRIZ RODRIGUEZ PEREZ**

DOCENTE ASESOR:

MSP. KAREN LISSETTE UTO DE POLANCO

**CIUDAD UNIVERSITARIA, “DR. FABIO CASTILLO FIGUEROA”, EL SALVADOR,
NOVIEMBRE, 2025.**

AUTORIDADES VIGENTES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

RECTOR

MSc. Juan Rosa Quintanilla

VICERRECTORA ACADÉMICA

Dra. Evelyn Beatriz Farfán

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

SECRETARIO GENERAL

Licdo. Pedro Rosalío Escobar Castaneda.

AUTORIDADES VIGENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DECANO DE FACULTAD DE MEDICINA.

Dr. Saúl Díaz Peña.

VICEDECANO.

Licdo. Franklin Arnulfo Méndez Durán

SECRETARIO DE LA FACULTAD.

MSc. Roberto Hernández

DIRECTOR DE ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Mtra. Mónica Raquel Ventura De Ramos.

DIRECTOR DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

MSP José Ismael López Pérez.

PROCESO DE GRADUACIÓN APROBADO POR

COORDINADORA DE PROCESO DE GRADO.

MSSR Y Licda. Telma Lorena Díaz Méndez.

DOCENTE ASESOR.

MSP Karen Lissette Uto De Polanco

TRIBUNAL CALIFICADOR.

MSP José Ismael López Pérez.

MSSR Y Licda. Telma Lorena Díaz Méndez.

MSP Karen Lissette Uto de Polanco

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCION

CAPITULO I: DESCRIPCION DEL CASO.....	10
1.1 Antecedentes	10
1.2 Justificacion.....	12
1.3 Objetivos	14
1.3.1 Objetivo general	14
1.3.2 Objetivos específicos.....	14
CAPITULO II: FUNDAMENTOS DE LA TEORIA Y PATOLOGIAS	15
2.1 Fundamentos de la teoria de Dorothea Orem	15
2.1.1 Teoria de Dorothea Elizabeth Orem.....	15
2.1.2 Clasificación de Diagnósticos Enfermeros (NANDA)	19
2.1.3 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).....	20
2.1.4 Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	22
2.2 Fundamentos de las patologias de la usuaria	23
2.2.1 Obesidad.....	23
2.2.2 Lactancia materna	26
CAPITULO III: PROCESO ENFERMERO	30
3.1 Fase de valoracion.....	30
3.1.1 Cuadro de Identificaciones	30
3.1.2 Requisitos de valoración según el modelo de Dorothea Orem	32
3.1.3 Identificación de datos significativos	46
3.1.4 Organización, análisis e interpretación de datos	52
3.2 Fase diagnostica	62
3.2.1 Elaboracion de diagnosticos	62
3.2.2 Listado de diagnosticos	66

3.2.3	Priorización de diagnósticos	67
3.3	Fase de planificación.....	70
3.3.1	Plan de cuidados N° 1	70
3.3.2	Plan de cuidados N°2	77
3.3.3	Plan de cuidados N° 3	83
3.4	Consideraciones éticas	89
CAPITULO IV: METODOLOGIA		90
4.1	Metodología	90
4.1.1	Tipo de investigación	90
4.1.2	Selección del caso	90
4.1.3	Técnicas e instrumentos	91
4.1.4	Recolección de información	91
4.1.5	Proceso de validación de los planes de cuidado	92
4.1.6	Triangulación	94
CAPÍTULO V: PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS		97
5.1	Resultados	97
5.2	Discusion de resultados	100
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		103
6.1	Conclusiones	103
6.2	Recomendaciones.....	104
6.3	Fuentes de informacion	105

Anexo

Anexo 1: Cronograma

Anexo 2: Presupuesto

Anexo 3: Guía de anamnesis aplicada a K. A. G

Anexo 4: Examen físico en prosa de usuaria M. A. M

Anexo 5: Examen físico de usuaria K. A. G

Anexo 6: Fotografías de Visita domiciliar realizada el día 20 de agosto del 2025 para recolección de datos.

Anexo 7: Fotografías de ejecución de plan de cuidados N°1, realizada el día 27 de septiembre del 2025

Anexo 8: Fotografías de la ejecución de plan N°2, realizada el día 8 de octubre del 2025

Anexo 9: Fotografías de ejecución de plan N°3, realizado el día 8 de octubre del 2025

Anexo 10: Consentimiento informado

INTRODUCCION

El proceso enfermero es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona y su familia a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso del bienestar físico, mental y social (1). El estudio de caso corresponde al Curso Especializado en Salud Sexual y Reproductiva aplicado a enfermería, en el cual se aborda la atención a una usuaria K.A.G de 27 años de edad, femenina, nació el 4 de enero de 1998 en el departamento de San Salvador y actualmente residente en colonia San Juan casa 14 C, municipio de Santo Tomás, San Salvador, ocupación de ama de casa, vive con su pareja, su nivel de escolaridad es de educación media, usuaria con una formula obstétrica G3P2P1A1V2.

Durante su embarazo asistió a un Centro de Salud Comunitario en el cual fue diagnosticada con vaginosis bacteriana tratada exitosamente, su embarazo culmino a las 36 semanas con una cesárea baja transversa la cual presento infección a nivel de un punto de sutura por lo que fue tratada y obtuvo una recuperación exitosa, durante el embarazo en la semana 30 de gestación presento una elevación en su peso de 79.5 kg por lo que fue diagnosticada con obesidad grado I, actualmente cuenta con un peso de 73 kg teniendo in IMC de 30.7 kg/m², dado que la causa principal radica en una combinación de hábitos de vida no saludables, que incluyen una dieta poco saludable, caracterizada por el alto consumo de grasas, azúcares añadidos y porciones excesivas y un estilo de vida sedentario con mínima actividad física.

Se utilizó como base del proceso investigativo el proceso enfermero, se aplicó el modelo de Dorothea Orem, el cual se fundamenta con la idea de que los individuos tienen la capacidad y responsabilidad de cuidar de sí mismos para mantener la salud, la vida y el bienestar. Esto sostiene que cuando una persona presenta limitaciones para cubrir sus propias necesidades de autocuidado, la enfermería interviene para suplir, apoyar o guiar dichas acciones, favoreciendo la recuperación y el fortalecimiento de la autonomía. Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería no solo atiende las demandas de salud inmediatas, sino que también promueve la educación, la responsabilidad y el empoderamiento del paciente en la gestión de su propio cuidado.

Según los resultados obtenidos se centraron en la educación para la salud, fortaleciendo las capacidades de autocuidado de la usuaria mediante orientación personalizada y seguimiento

continuo. Se promovieron hábitos saludables como la alimentación balanceada, el ejercicio regular y la higiene del entorno. Además, se realizaron actividades de sensibilización sobre salud sexual y reproductiva, fomentando la comunicación abierta y el respeto a su cuerpo. Estas acciones contribuyeron a mantener un estilo de vida saludable, prevenir enfermedades y reforzar la autonomía de la persona en la toma de decisiones relacionadas con su salud y bienestar.

CAPITULO I: DESCRIPCION DE CASO

1.1 Antecedentes

Usuaría K.A.G., de 27 años, nació el 4 de enero de 1998 en San Salvador y actualmente reside en el municipio de Santo Tomás, departamento de San Salvador. Vive con su pareja, sus dos hijos y otros miembros de la familia política, conformando un hogar de nueve personas. El entorno familiar se caracteriza por la práctica activa de la religión evangélica, con valores de respeto y cooperación espiritual, aunque se observa una distribución desigual de las responsabilidades domésticas. Su nivel educativo es de bachillerato, y se dedica principalmente a las labores del hogar, desempeñando un rol central como madre, ama de casa y cuidadora principal de sus hijos.

La usuaria presenta obesidad grado I, con un índice de masa corporal (IMC) de 30.7 kg/m², condición relacionada con un estilo de vida predominantemente sedentario y hábitos alimenticios inadecuados. Su dieta se basa en el consumo frecuente de alimentos fritos, carbohidratos refinados y bebidas azucaradas, lo cual ha contribuido al desarrollo de sobrepeso progresivo.

En el ámbito reproductivo, la usuaria posee una fórmula obstétrica G3P2P1A1V2. Durante el año 2024 cursó su segundo embarazo, siendo atendida en un Centro de Salud, donde se le diagnosticó vaginosis bacteriana tratada exitosamente sin recurrencias. A lo largo de la gestación, presentó un aumento progresivo de peso, alcanzando los 79.5 kg en la semana 30, con reducción a 77 kg en el posparto y 73 kg al momento del estudio. Este incremento estuvo vinculado con una alimentación desequilibrada y baja actividad física. El embarazo culminó mediante cesárea baja transversa a las 36 semanas, sin complicaciones mayores, aunque presentó una infección leve en la herida quirúrgica, tratada de forma oportuna y con buena evolución.

Durante el puerperio, la usuaria inició lactancia materna exclusiva, mostrando una actitud positiva y comprometida hacia el cuidado de su recién nacida. Se evidenció responsabilidad en el cumplimiento del esquema de vacunación tanto de la madre como de su hija. Sin embargo, refirió alteraciones en el patrón de sueño, con un descanso promedio de 4 a 6 horas debido a las interrupciones nocturnas por la lactancia, generando fatiga, irritabilidad y disminución de energía. Esta situación interfiere en el equilibrio entre actividad y reposo, afectando su rendimiento diario y bienestar emocional.

En el componente psicosocial, la usuaria manifestó baja autoestima e insatisfacción con su imagen corporal, expresando sentimientos de tristeza, aburrimiento e inseguridad, junto a una disminución en el deseo sexual y la motivación personal. La rutina doméstica constante, el rol de cuidadora principal y la falta de tiempo personal limitan sus oportunidades de socialización, lo que puede predisponer a cuadros de ansiedad o depresión leve. Su participación activa como maestra de escuela dominical representa un recurso protector, al favorecer su desarrollo espiritual y reforzar su sentido de propósito. La atención de enfermería debe contemplar este componente emocional y espiritual, brindando acompañamiento empático y orientación sobre el fortalecimiento de la autoestima y el autocuidado emocional.

Respecto al entorno físico y doméstico, la vivienda es de tamaño mediano, con ventilación limitada y cocina interna a gas. Aunque la usuaria mantiene buenas prácticas de higiene personal, el mantenimiento del hogar requiere mejoras en saneamiento ambiental y ventilación. La relación de pareja se encuentra afectada por los horarios laborales extensos del compañero, lo que ha disminuido la convivencia y la vida sexual. La paciente refiere: “mi esposo no me busca porque no tiene tiempo y no tiene hora de llegada” y “no tenemos relaciones sexuales desde el embarazo y postparto”. Esta situación genera sentimientos de insatisfacción, soledad y tensión emocional, pudiendo influir en su autopercepción y bienestar afectivo. Además, la dependencia económica de su pareja limita su autonomía en la toma de decisiones relacionadas con la salud, reforzando la necesidad de promover la independencia y la educación financiera como parte del cuidado integral.

1.2 Justificación

El presente estudio de caso se fundamenta en la necesidad de proporcionar una atención de enfermería integral, humanizada y basada en la evidencia científica, que responda a las demandas específicas de salud de la usuaria. La aplicación del Proceso Enfermero (PAE) constituye la herramienta metodológica esencial para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar los cuidados, garantizando así una práctica profesional de calidad, coherente y con pertinencia científica. Este proceso no solo organiza el trabajo de la enfermera, sino que también asegura que los cuidados se realicen de manera sistemática, ética y orientada a la mejora del bienestar físico, emocional y social de la persona. Además, facilita la continuidad del cuidado y la documentación adecuada, elementos clave para la seguridad del paciente y la evaluación de resultados.

La justificación del estudio también se sustenta en la aplicación del modelo teórico de Dorothea Orem, específicamente en la teoría del Déficit de Autocuidado, la cual reconoce la capacidad y responsabilidad de cada individuo en el mantenimiento de su salud, y a la vez delimita el rol de la enfermería cuando dicha capacidad se encuentra limitada. En este sentido, el caso clínico analizado permite poner en práctica dicho marco teórico, identificando las necesidades de autocuidado de la usuaria y diseñando estrategias de apoyo, enseñanza y suplencia que favorezcan el restablecimiento de su autonomía. Estas intervenciones no solo previenen complicaciones, sino que promueven la adopción de hábitos saludables sostenibles en el tiempo, reforzando la educación para la salud y la autoeficacia de la paciente.

Otro aspecto que respalda la pertinencia del estudio es que la usuaria presenta condiciones de salud que requieren seguimiento cercano y acompañamiento profesional, tales como obesidad, antecedente de vaginosis bacteriana, infección postquirúrgica y etapa de puerperio tardío. Estas situaciones representan un desafío para el autocuidado, ya que pueden afectar tanto el estado físico como el bienestar psicológico y social. En este contexto, la intervención de enfermería resulta indispensable para orientar a la paciente en el manejo de hábitos saludables, la adherencia al tratamiento, la prevención de complicaciones y la promoción de un estilo de vida que contribuya a la recuperación integral. Asimismo, estas acciones permiten una identificación temprana de factores de riesgo y la implementación de estrategias individualizadas que mejoren la calidad de vida.

El estudio también cobra relevancia desde la perspectiva social y familiar, ya que la usuaria es madre de dos hijos pequeños, lo cual implica que su estado de salud impacta directamente en el bienestar de su núcleo familiar. Promover el autocuidado en ella no solo repercute en su recuperación individual, sino que también fortalece su rol materno y su capacidad de proveer un ambiente saludable y seguro para sus hijos. Además, al mejorar su bienestar físico y emocional, se fomenta la estabilidad familiar, la interacción positiva y la educación de hábitos saludables en los menores, evidenciando la importancia de la enfermería comunitaria y familiar.

Asimismo, la utilización de las taxonomías de NANDA, NIC y NOC permite un abordaje estructurado, estandarizado y evaluable de los cuidados de enfermería, favoreciendo la identificación precisa de diagnósticos, la planificación de intervenciones específicas y la medición objetiva de resultados. Esto asegura la calidad del cuidado brindado, optimiza la comunicación entre profesionales de la salud y proporciona un marco de referencia que fortalece la práctica basada en evidencia. Además, el uso de estas herramientas facilita la sistematización de los registros clínicos, contribuyendo a la continuidad y seguridad del cuidado.

Desde el punto de vista académico, la realización de este estudio de caso permite a las futuras profesionales de enfermería integrar los conocimientos teóricos adquiridos durante su formación con la práctica clínica, desarrollando competencias críticas en la valoración integral de la persona, el razonamiento clínico, la toma de decisiones y la planificación de cuidados personalizados. Asimismo, fomenta la reflexión sobre la ética profesional, la empatía, el respeto a la dignidad humana y la promoción de la salud como responsabilidad compartida entre paciente y profesional.

Este estudio se justifica porque responde a los objetivos del curso especializado en Salud Sexual y Reproductiva, al brindar una atención que reconoce las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de la mujer en etapa reproductiva. Con ello, se promueve un cuidado integral que fomenta el empoderamiento de la usuaria, la prevención de complicaciones, la adherencia a hábitos saludables y la mejora continua de la calidad de vida. Esta aproximación consolida el compromiso de la enfermería con el bienestar individual, familiar y comunitario, evidenciando la importancia de la práctica basada en evidencia y de la investigación aplicada a la atención de la salud

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Desarrollar el proceso enfermero según el modelo de Dorotea Orem utilizando la taxonomía de NANDA NIC Y NOC, aplicado a usuario K.A.G con Obesidad I, en el periodo de marzo a noviembre del 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Recopilar información integral del estado de salud de la usuaria K. A. G, enfocándose en los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud, según el modelo de Dorothea Orem.
- Establecer diagnósticos enfermeros precisos para la usuaria K, A, G, basándose en la clasificación de NANDA, que reflejan las complicaciones y problemas derivados según el modelo de Dorothea Orem.
- Diseñar planes de cuidados individualizados, para la usuaria K, A, G, integrando los resultados (NOC) y las intervenciones de enfermería (NIC) adecuados al modelo de Dorothea Orem.
- Implementar las intervenciones planificadas, asegurando la participación de la paciente y su familia, especialmente en educación nutricional, asesoramiento en salud sexual y reproductiva, y promoción de prácticas de higiene en el hogar.
- Evaluar los resultados obtenidos, ajustando el plan de cuidados según la respuesta de la usuaria para asegurar el cumplimiento de los objetivos y la mejora sostenida de su salud y calidad de vida.

CAPITULO II: FUNDAMENTOS DE LA TEORIA Y PATOLOGIAS

2.1 Fundamentos de la teoría de Dorothea Orem

2.1.1 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem

Dorothea E. Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería, esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. (2)

Navarro Peña y Castro Salas en el artículo “Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería” mencionan que el autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Orem, estableciendo que es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Estableció la Teoría del autocuidado un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería. (3)

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Navarro Peña y Castro Salas mencionan que Dorothea Orem propone tres tipos de requisitos:

- Requisito de autocuidado universal.
- Requisito de autocuidado del desarrollo
- Requisito de autocuidado de desviación de la salud. (3)

Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia. (3)

Ann Real menciona que Dorothea Orem para la implementación de las actividades desarrollo tres sistemas de Compensación:

- Total, requiere que se actué en lugar de él.
- Parcial, solo requiere ayuda en actividades terapéuticas.
- De Apoyo educativo, cuando el paciente puede aprender la forma de hacer su cuidado bajo ciertas instrucciones, pero requiere ayuda emocional. (4)

Tabla 1. Conceptos meta paradigmáticos

Persona	Salud	Enfermería
Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.	La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.	Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Nota: Retomado del artículo “Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería” autores Navarro Peña y Castro Salas. (3)

La teoría del déficit de autocuidado.

El artículo “La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención” publicado en Revista Médica Espirituana Benavente Ferrer plantea que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado. (5)

El Dr. Ydalsys Naranjo, Dr. José Pacheco, Lic. Miriam Rodríguez en su artículo “La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem” mencionan que Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los

cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado, como:

- **El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.
- **Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posible, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.
- **El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras. (6)

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de aprendizaje de autocuidado son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo. Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Dorothea E Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. (6)

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

- La Enfermera.
- El paciente o grupo de personas.
- Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos. (6)

Dorothea E Orem también establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: (6)

Tabla 2: Sistemas de enfermería

Sistema totalmente compensador	Sistema parcialmente compensador	Sistema de apoyo educativo
Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.	Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.	Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

Nota: Retomado del artículo “La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem”, autores Dr. Ydalsys Naranjo, Dr. José Pacheco, Lic. Miriam Rodríguez. (6)

Teoría de Murray Atkinson

Murray argumentó que todos poseemos un conjunto de necesidades básicas universales, y que las diferencias individuales entre estas necesidades dan lugar a la singularidad de la personalidad a través de distintas tendencias disposiciones para cada necesidad; en otras palabras, una necesidad específica es más importante para algunas personas que para otras. (7)

La Planeación de las intervenciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería están destinadas a ayudar al sujeto de atención a lograr las metas de cuidado. Se enfocan a la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. La meta la logra el sujeto de atención y la

intervención la realiza el profesional de enfermería con el sujeto de atención y el equipo de salud. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos, acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería.

La ejecución es la cuarta fase de las cinco que componen el proceso de enfermería. La ejecución es la operacionalización del planeamiento de la atención de enfermería. Consta de varias actividades:

- **Validación del plan de atención.** Es necesario buscar fuentes apropiadas para validar el plan con colegas más expertos, otros miembros del equipo de salud y el sujeto de atención. En la validación del plan se debe dar respuesta a tres interrogantes esenciales: ¿el plan está orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención? ¿Se apoya en conocimientos científicos sólidos? ¿Cumple con las reglas para la recolección de los datos, priorización de necesidades, elaboración de diagnósticos de enfermería y de los resultados esperados? Cuando se valida el plan con el sujeto se le da la oportunidad de participar en la planeación de su propia atención.
- **Documentación del plan de atención.** Para comunicar el plan de atención al personal de varios turnos, debe estar escrito y al alcance de los miembros del equipo de salud.

2.1.2 Clasificación de diagnósticos enfermeros (NANDA)

Los diagnósticos de enfermería de NANDA-I constituyen un lenguaje estandarizado que permite a la enfermería identificar, nombrar y clasificar las respuestas humanas a los problemas de salud, tanto reales como potenciales. No se refieren a enfermedades médicas, sino a las formas en que los individuos, familias o comunidades responden ante condiciones de salud o procesos vitales. De esta manera, los diagnósticos orientan la práctica profesional, facilitan la comunicación entre colegas y fortalecen la planificación de cuidados basados en la evidencia. (8)

La última edición (2024-2026) incluye 277 diagnósticos aprobados, organizados en una estructura jerárquica llamada Taxonomía II de NANDA-I. Esta taxonomía se compone de 13 dominios, que son áreas amplias de la vida y la salud humana; cada dominio se subdivide en 47 clases, y dentro de ellas se ubican los diferentes diagnósticos. Este sistema ofrece coherencia, facilita el razonamiento clínico y permite priorizar las intervenciones de enfermería. (8)

Los **dominios** abarcan todas las dimensiones del ser humano:

- **Promoción de la salud**, que incluye la motivación y el manejo del bienestar.
- **Nutrición**, que considera la ingestión, digestión, metabolismo y balance hídrico.
- **Eliminación e intercambio**, referido a la función urinaria, intestinal, respiratoria y metabólica.
- **Actividad y descanso**, que aborda el sueño, la movilidad y la respuesta al esfuerzo.
- **Percepción y cognición**, centrado en los procesos sensoriales, cognitivos y de comunicación.
- **Autopercepción**, relacionado con autoestima, autoconcepto e imagen corporal.
- **Rol y relaciones**, donde se ubican diagnósticos vinculados con la familia, la pareja y la identidad social.
- **Sexualidad**, que contempla la identidad, función sexual y reproducción.
- **Afrontamiento y tolerancia al estrés**, que recoge las respuestas frente a la adversidad, el duelo o el trauma.
- **Principios vitales**, que incluyen valores, creencias y espiritualidad.
- **Seguridad y protección**, orientado a riesgos, lesiones y procesos de defensa del organismo.
- **Confort**, que abarca el bienestar físico, emocional y social.
- **Crecimiento y desarrollo**, vinculado al proceso vital y a la evolución del ser humano en cada etapa.

En conjunto, esta clasificación permite a la enfermería contar con un marco teórico y práctico unificado, que no solo facilita el cuidado integral, sino que también da visibilidad a la disciplina en el ámbito clínico, comunitario y académico. (8)

2.1.3 Clasificación de resultados de enfermería (NOC)

La **NOC** (Nursing Outcomes Classification) es un sistema estandarizado que permite medir y evaluar los resultados de salud en individuos, familias y comunidades, en respuesta a las intervenciones de enfermería. Su finalidad es ofrecer un lenguaje común que facilite la planificación, implementación y evaluación de los cuidados, además de demostrar la contribución de la enfermería a la salud de los pacientes. (9)

Cada resultado NOC se compone de:

- **Etiqueta**: el nombre del resultado (ejemplo: “Estado nutricional”).

- **Definición:** explica de manera clara el alcance del resultado.
- **Indicadores:** aspectos observables y medibles que reflejan el estado del paciente.
- **Escala de medida:** generalmente de 5 puntos, desde un estado muy negativo hasta uno óptimo.

En la séptima edición (2024) se incluyen 612 resultados, de los cuales muchos han sido revisados y actualizados. Estos resultados no se expresan como objetivos, sino como estados o conductas observables que permiten documentar progresos, retrocesos o estabilidad en la condición de salud. (9)

La NOC organiza sus resultados en una taxonomía de tres niveles:

- **Dominios** (áreas amplias del cuidado).
- **Clases** (subdivisiones más específicas dentro de cada dominio).
- **Resultados** (estados concretos a medir).

Actualmente, la taxonomía se compone de 7 dominios, 36 clases y 612 resultados.

Los dominios de la NOC son:

- **Salud funcional:** Actividades básicas de la vida y autocuidado.
- **Salud fisiológica:** Funcionamiento de los sistemas orgánicos (cardiopulmonar, digestivo, neurológico, etc.).
- **Salud psicosocial:** Aspectos psicológicos y sociales, como afrontamiento, apoyo social y bienestar emocional.
- **Conocimiento y conducta de salud:** Comprensión, actitudes y prácticas relacionadas con la salud.
- **Salud y calidad de vida:** Percepción del bienestar y satisfacción con los cuidados y las condiciones de vida.
- **Salud familiar:** Estado de salud, roles y funcionamiento de los miembros de la familia.
- **Salud comunitaria:** Bienestar, funcionamiento y protección de comunidades o poblaciones.

2.1.4 Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)

La NIC es una clasificación estandarizada y basada en la investigación que describe las intervenciones de enfermería, es decir, “cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y conocimiento, que realiza una enfermera para mejorar los resultados del paciente”. Está diseñada para ser útil en documentación clínica, comunicación entre entornos, investigación de eficacia, evaluación de productividad, competencias, reembolso y diseño curricular. Incluye intervenciones independientes, colaborativas, directas e indirectas de cuidado. (10)

Su estructura taxonómica actual (8.^a edición, 2024):

- **Nivel 1 – Dominios (7):**
 - Fisiológico: Básico
 - Fisiológico: Complejo
 - Conductual
 - Seguridad
 - Familia
 - Sistema de salud
 - Comunidad

- **Nivel 2 – Clases (30)**, agrupaciones más específicas dentro de cada dominio.
- **Nivel 3 – Intervenciones:** en la 8.^a edición hay 614 etiquetas de intervenciones, cada una con definición, actividades específicas, referencias y código único.
- **Nivel 4** (implícito en la descripción): actividades concretas que realiza la enfermera para llevar a cabo cada intervención (si bien algunas fuentes describen una jerarquía de cuatro niveles, otras mencionan tres, considerando las actividades como parte del nivel de intervenciones)

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) tuvo su primera publicación en 1992, cuando incluía 336 intervenciones estandarizadas. Desde entonces, ha experimentado un proceso continuo de revisión y ampliación, basado en la investigación y en las necesidades cambiantes de la práctica clínica. Con el paso del tiempo, cada nueva edición ha incorporado más intervenciones, ajustado definiciones y mejorado su organización taxonómica. Actualmente, en la 8.^a edición publicada en 2024, la NIC cuenta con 614

intervenciones, clasificadas en dominios y clases que facilitan su aplicación en diferentes áreas de la enfermería. (10)

En cuanto a sus aplicaciones, la NIC tiene un amplio reconocimiento. Ha sido validada por la American Nurses Association (ANA) y está integrada en sistemas internacionales de información como UMLS, CINAHL y HL7, lo que facilita su uso en historias clínicas electrónicas. Asimismo, se emplea en múltiples contextos: en la práctica clínica diaria para guiar decisiones de cuidado, en la docencia para estructurar planes de estudio y en la investigación para medir resultados vinculados a las intervenciones. (10)

2.2 Fundamentos de las patologías de la usuaria

2.2.1 Obesidad

La Organización Mundial de la Salud dice que la obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y prevenible caracterizada por una acumulación excesiva de grasa corporal que puede perjudicar la salud. El IMC mide el peso corporal en relación con la estatura promedio. (11)

Fisiopatología

Según la OMS, el adipocito es la célula principal del tejido adiposo y se encarga de almacenar energía en forma de triglicéridos y liberarla cuando el cuerpo lo requiere. Además de esta función, actúa como célula endocrina, participando activamente en procesos metabólicos y en el equilibrio energético. En la obesidad, el comportamiento del adipocito se altera, modificando la proporción entre leptina y adiponectina. En un estado de inflamación del tejido adiposo, aumentan los niveles de leptina y disminuyen los de adiponectina, sin que esto coincida necesariamente con la cantidad de grasa. Dado que la leptina tiene un efecto proinflamatorio y la adiponectina es antiinflamatoria y mejora la sensibilidad a la insulina, este desequilibrio puede explicar parte de las alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad, como el estado de inflamación crónica de bajo grado. (12)

Tratamiento

Tabla 3: Tratamiento de obesidad grado I

Modificación del estilo de vida como alimentación saludable	Actividad física regular
<ul style="list-style-type: none">- Rica en frutas, verduras, legumbres, proteínas magras y granos integrales.- Baja en azúcares simples, grasas saturadas y productos ultra procesados.- Supervisada por un nutricionista o equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none">- Al menos 150 a 300 minutos por semana de actividad aeróbica moderada (caminar, nadar, bicicleta).- Ejercicios de fuerza muscular 2 veces por semana.- Adaptado al estado físico del paciente.- Grupos de apoyo o terapias individuales para mejorar autoestima y motivación.

Nota: Retomado del sitio web Sanitas, “¿Cómo tratar la obesidad tipo 1?”. (13)

Medios de Diagnostico

- Evaluación antropométrica
- Índice de Masa Corporal (IMC): fórmula: peso (kg) / talla (m²)

Tabla 4: Clasificación según el índice de masa corporal (IMC)

Clasificación	Perímetro abdominal (circunferencia de cintura)	Relación cintura-cadera (RCC)
Normal: 18.5 – 24.9	Evalúa riesgo cardiovascular.	Mide distribución de grasa.
Sobrepeso: 25 – 29.9	- Valores de riesgo: Hombres: > 102 cm Mujeres: > 88 cm	- Valores normales: Hombres: < 0.90 Mujeres: < 0.85
Obesidad grado I: 30 – 34.9		
Obesidad grado II: 35 – 39.9		
Obesidad grado III (mórbida): ≥ 40		

Nota: Retomada del sitio web NIH, Flickr S en. ¿Cómo se diagnostican el sobrepeso y la obesidad? (14)

Impacto en la salud mental

Yarden Segal en su artículo “Problemas Psicológicos Asociados A La Obesidad” menciona que la obesidad grado 1 (IMC entre 30 y 34.9 kg/m²) es una forma común de exceso de peso que, aunque a veces se considera “leve”, tiene importantes repercusiones físicas y emocionales. Aumenta el riesgo de enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemias, pero también afecta la salud mental, generando insatisfacción con la imagen corporal, baja autoestima y frustración. La presión social y el estigma asociado al peso contribuyen al aislamiento y favorecen la aparición de ansiedad y depresión. (15)

Impacto en la autoestima

Según Bates en su artículo “Efecto del peso corporal sobre la función sexual en hombres y mujeres” dice que la presión social y la autoexigencia por cumplir con estándares irreales provocan baja autoestima y evitan la participación en actividades por miedo al juicio. Esta baja autoestima genera frustración, vergüenza y síntomas de ansiedad o depresión, dificultando la adopción de hábitos saludables. Los cambios corporales asociados a la obesidad afectan profundamente la autoimagen y generan sentimientos de inseguridad y rechazo. En una sociedad que valora la delgadez, las personas con obesidad suelen enfrentar estigmas, críticas y discriminación, lo que deteriora su autoconcepto. Por ello, fortalecer la autoestima es clave en el tratamiento de la obesidad, ya que sin una percepción positiva de sí mismo, los esfuerzos físicos o médicos no resultan suficientes. (16)

Impacto en la salud sexual y reproductiva

Samanta B Schon en su artículo “El impacto de la obesidad en la salud reproductiva y el metabolismo en las mujeres en edad reproductiva” menciona que la obesidad tiene efectos profundos en la salud sexual y reproductiva tanto de mujeres como de hombres. En mujeres, el exceso de adiposidad puede provocar alteraciones hormonales que afectan el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-ovarios, generar irregularidades menstruales, anovulación, menor calidad del óvulo, disminución de la receptividad endometrial y mayor riesgo de infertilidad. Además, durante el embarazo, la obesidad materna se asocia con mayores tasas de diabetes gestacional, preeclampsia, parto por cesárea, macrosomía fetal y complicaciones neonatales. También se ha observado que bajar de peso mejora muchos de estos aspectos. Desde el punto de vista psicológico y social, la obesidad puede afectar la autoestima, la imagen corporal, la libido, y provocar una mayor insatisfacción sexual. (17)

Intervenciones de enfermería

Tabla 5: Intervenciones de enfermería dirigidas a obesidad grado I

Educación para la salud	Monitoreo y control del peso	Apoyo en la modificación del estilo de vida
<ul style="list-style-type: none">- Explicar qué es la obesidad, causas y riesgos asociados.- Informar sobre hábitos alimenticios saludables.- Enseñar a leer etiquetas nutricionales.- Promover comidas balanceadas y control de porciones.- Enseñar la importancia de la actividad física regular.	<ul style="list-style-type: none">- Registrar peso, talla e IMC semanal o mensual.- Observar tendencias de peso para evaluar la efectividad del plan.- Acompañar sin emitir juicios; fomentar la adherencia.	<ul style="list-style-type: none">- Guiar al paciente en la creación de metas realistas y sostenibles.- Reforzar la importancia de pequeñas metas (ej. caminar 20 min al día).

Nota: Elaborado por autoras del estudio de caso “Proceso enfermero según el modelo de Dorotea Orem utilizando la taxonomía de NANDA, NIC y NOC, aplicado a usuario K. A. G con obesidad grado I, en el periodo de marzo a noviembre del 2025”.

2.2.2 Lactancia materna

UNICEF define lactancia materna exclusiva (LME) es un tipo de alimentación que consiste en que el bebé solo reciba leche materna y ningún otro alimento sólido o líquido a excepción de soluciones rehidratantes, vitaminas, minerales o medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que esta se mantenga durante los primeros seis meses de vida y se sugiere que esta inicie en la primera hora de vida después del parto, que sea a libre demanda y se evite el uso de fórmulas infantiles. (18)

Beneficios

La UNICEF dice que además de proporcionar todos los nutrientes y la hidratación necesarios, la lactancia materna ayuda a prevenir infecciones gastrointestinales y respiratorias, obesidad, diabetes, leucemia, alergias, cáncer infantil, hipertensión y colesterol alto. Así mismo, puede contribuir a prevenir la infección por COVID-19. Las niñas y los niños que son alimentados al seno materno tienen menor riesgo de mortalidad en el primer año de vida que quienes no lo son. (19)

Posturas y posiciones

Eulàlia Torras en su artículo “Posturas y posiciones para amamantar” dice durante la lactancia, es fundamental contar con un espacio cómodo para evitar dolor de espalda y fatiga, como un sillón con cojines para apoyar brazos, bebé y zona lumbar. También puede ser útil un reposapiés. Aunque antes se recomendaba mantener la espalda recta y los hombros hacia atrás, actualmente se sabe que los bebés maman mejor cuando la madre está reclinada o incluso recostada, evitando siempre encorvarse sobre el bebé. Es importante asegurar apoyo adecuado en la zona lumbar, cervical y, si es posible, en la parte posterior de las rodillas para mayor comodidad durante las tomas. (20)

Posición del bebé al pecho

Aunque lo más habitual es amamantar sentada o estirada con el bebé frente a la madre, son muchas las posiciones a las que se puede llegar a recurrir:

- Postura sentada – Posición estirado

El bebé estirado frente a la madre en contacto con su cuerpo, mamando de un pecho y con sus pies hacia el otro pecho. Es la más habitual. Una variante de la posición anterior es colocar al bebé de forma inversa, también estirado y girado hacia la madre, pero con los pies hacia el otro lado. Esta variante no es tan frecuente, pero puede ser útil si el bebé rechaza, por la razón que sea mamar de un pecho. Si se le coloca en el pecho que rechaza del mismo modo en que mama del otro, es posible que lo acepte. (20)

- Postura sentada – Posición «de rugby»

El cuerpo del bebé pasa por debajo del brazo de la madre y sus pies apuntando a la espalda. Esta posición es muy útil para drenar los conductos que se encuentran en la cara externa de los pechos y así prevenir, o si es el caso curar, posibles obstrucciones o mastitis que, aunque puede darse en cualquier zona del pecho, suelen ser más frecuentes en ésta. Tanto la posición estirada como la «de rugby» funcionan perfectamente bien si la madre, en vez de estar sentada, está colocada en postura semireclinada. (20)

- **Postura sentada – Posición caballito**

En esta posición el bebé está sentado a horcajadas sobre una de las piernas de su madre. Aunque poco frecuente, esta posición puede ser muy útil con bebés con dificultades para fijar el pecho, bien por retrognatia (maxilar inferior corto o retraído) u otras causas. En esta posición conviene que, al introducir el pecho en la boca del bebé, el pezón apunte «hacia arriba» en dirección a su paladar, de forma que una buena porción de pecho descansa sobre el labio inferior facilitando el agarre. (20)

- **Postura estirada – Posición estirado** (en paralelo)

En este caso tanto la postura como la posición son frecuentes ya que de este modo se facilita el descanso de la madre. Es especialmente útil si la madre todavía siente molestias tras el parto, sobre todo si ha sido sometida a una episiotomía o cesárea. También es muy útil para amamantar por las noches o si simplemente se quiere descansar un rato. (20)

- **Postura estirada – Posición estirado** (en paralelo inverso)

En este caso la posición del bebé es menos frecuente que la anterior, pero hay madres que se sienten cómodas con ella y también puede ser útil, igual que la postura «a cuatro patas», en caso de obstrucciones o mastitis agudas localizadas en la parte superior del pecho. (20)

- **Postura «a cuatro patas» – Posición «boca arriba»**

Esta postura es poco frecuente en el amamantamiento diario. Pero se trata de un recurso a utilizar en el supuesto de que la madre tenga una obstrucción o mastitis aguda localizada en la parte superior del pecho, ya que de ese modo se facilita el drenaje de esos conductos. Todas estas posiciones son propias de bebés con una autonomía de movimientos todavía muy limitada. Los bebés más mayorcitos pueden mamar cómodamente en las posiciones más inverosímiles. (20)

Cómo colocar el bebé al pecho paso a paso

- La madre se sitúa en la postura elegida apoyando bien espalda y pies.
- Se acerca el niño al pecho allí donde quede éste sin desplazarlo.
- Se coloca al bebe perpendicular a la orientación del pezón.
- Se enfoca nariz – pezón.

- Antes de abrir la boca, sin necesidad de ladear, doblar o girar el cuello, el pezón ha de estar frente a la nariz del bebé.
- Cuando abre la boca, acercar al bebé con rapidez y decisión al pecho.
- Madre e hijos han de quedar cuerpo contra cuerpo (frente a frente)
- El pezón ha de quedar apuntando al paladar del bebé.
- Nunca el pecho ha de ir hacia el bebé, es el niño el que va hacia el pecho.
- La cabeza del bebe no ha de quedar en el hueco del codo, sino en el antebrazo.
- La madre no sujeta al bebé por las nalgas con esa mano, sino que ésta queda a mitad de la espalda, aunque puede sujetarlo con la otra.
- Es recomendable evitar el uso de ropa o mantas que aumenten la distancia del bebe al pecho. (20)

También existen signos de tener una buena posición y de un buen agarre:

Tabla 6: Signos de tener buena posición, buen agarre y buena succión.

Signos de buena posición	Signos de buen agarre	Signos de buena succión
- La cabeza y el cuerpo del bebé están en línea recta.	- El mentón y la nariz del bebé están cerca del pecho de la madre.	- La lengua del bebé está debajo de la areola.
- La cara del bebé mira hacia el pecho.	- Los labios del bebé están evertidos, sobre todo el inferior bien doblado hacia abajo.	- Se observa un movimiento en el punto de articulación de la mandíbula.
- La madre mantiene el cuerpo del bebé cerca de ella.	- La boca del bebé está bien abierta.	- Las mejillas no se hundeen, sino que se ven redondas y llenas
- Si el bebé es un recién nacido, la madre lo envuelve en un abrazo. No lo sujeta solamente de la nuca y los hombros.	- Se observa más areola por encima de la boca del bebé que por debajo (agarre asimétrico).	

Nota: Retomada del artículo Albalactanciamaterna.org: “Posturas y posiciones para amamantar”. (20)

CAPITULO III: PROCESO ENFERMERO

3.1 FASE DE VALORACION

3.1.1 CUADRO DE IDENTIFICACIONES

✓ VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR APLICANDO LA TEORIA DE DOROTEA OREM

- **Objetivo:** Identificar los aspectos generales de la familia.

VIVIENDA: N ^o . 14 c	ENCUESTADO: K. A. G	DEPARTAMENTO: San Salvador
FAMILIA: Gómez (9 personas)	PARENTESCO: Usuaría	MUNICIPIO: Santo Tomas
ENCUESTADOR: Grupo 4	EDAD: 27	COLONIA: San Juan
DISCIPLINA: Estudiantes egresadas de licenciatura en enfermería	FECHA: 21/Junio/2025	DIRECCION: Colonia San Juan casa # 14C Santo Tomas.

INTEGRANTES DE LA FAMILIA

N ^a	Nombre	SE XO	Fecha de nacimient o	Edad	Lugar de nacimiento	Religión	Escolaridad	Parentesco	Ocupación	Recreació n	VICIO	Enfermeda d O discapacida d
1	José Martínez	M	18-04-97	28	San Salvador	Evangélica	Bachiller	Esposo	Empleado	Fútbol	Ning.	Ninguna
2	K. A. G	F	4-01-98	27	San Salvador	Evangélica	Bachiller	Esposa	Ama de casa	Salir a pasear	Ning.	Obesidad Grado I
3	Roberto Martínez	M	10-06-73	52	San Salvador	Evangélica	Básica	Suegro	Soldador	Reunión familiar	Ning.	Hipertenso
4	Margarita Martínez	F	9-08-52	73	San Vicente	Evangélica	Básica	Abuela de Esposo	pensionada	Reunión familiar	Ning	Diabetes
5	A. M	M	26-03-20	5	San Salvador	Evangélica	Preescolar	Hijo	Estudiante	Jugar	Ning	Ninguna
6	M. M	F	27/06/25	1 mes	San Salvador	-	Ninguna	Hija	-	-		Ninguna

7	Joselyn Gutiérrez	M	21/10/02	22	San Salvador	Evangélica	Bachiller	Cuñada	Ama de casa	Reunión familiar	Ning.	Ninguna
8	Manuel Martínez	F	09/05/2000	25	San Salvador	Evangélico	Bachiller	Hermano	Empleado	Futbol	Ning.	Ninguna
9	N. M	M	02/07/25	1 mes	San Salvador	-	Ninguna	Sobrino	-	-	-	Ninguna

Nota: Datos Recolectados según la guía de anamnesis realizada a usuaria K. A. G

3.1.2 REQUISITOS DE VALORACIÓN SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA OREM

- VALORACION DE LOS REQUISITOS UNIVERSALES

N ^a	REQUISITOS	ASPECTOS A EVALUAR	OBSERVACION
1	Mantenimiento de un aporte de oxígeno	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio abierto en la vivienda • Numero de ventanas • Ubicación y tipo de cocina • Presencia de animales domésticos y ubicación. • Presencia de fumadores en el hogar. • Vegetación, existencia de zonas verdes. 	La vivienda no cuenta con suficiente espacio abierto ya que es de mediano tamaño , cuenta con cuatro ventanas como única fuente de ventilación, especialmente considerando que la cocina, ubicada junto al comedor, funciona con estufa de gas. Se identificó la presencia de cuatro gatos dentro del hogar , en donde su cama se encuentra debajo de la mesa y no se observa una caja de arena para las deposiciones de micción y defecación de los gatos, No

			<p>se reporta la presencia de fumadores. No existen zonas verdes ni vegetación en el entorno. La vivienda es de paredes de ladrillo, techo de lámina y piso de cemento y cerámica con aspecto desordenado y sucio. Usuaría refiere que la vivienda le pertenece a la suegra por lo que se dificulta tomar decisiones sobre el hogar.</p>
2	<p>Mantenimiento de un aporte de agua suficiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abastecimiento de agua • Medio de purificación del agua • Almacenamiento adecuado de agua para consumo humano 	<p>La usuaria refiere que el abastecimiento de agua en el hogar se realiza cada dos días, pero que almacenan el agua en barriles con tapadera para uso de actividades en el hogar. No se utiliza ningún método de purificación del agua de la red, sin embargo, para el consumo humano se compra agua embotellada (marca Cristal), la cual se almacena en botellas plásticas con tapa.</p>
3	<p>Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene, preparación y conservación de alimentos. • Disponibilidad para adquirir alimentos Presencia de huerto casero 	<p>Según refiere la usuaria, los alimentos en el hogar se manipulan con medidas básicas de higiene, siendo lavados con agua y jabón antes de su preparación. Se conservan en refrigeradora. Se identificó como forma preferente de preparación la fritura. En cuanto al acceso, se cuenta con disponibilidad para adquirir alimentos, ya que hay tiendas y mercado cerca. No se dispone de huerto casero, por lo que no hay producción propia.</p>

4	Provisión de cuidados bvfw6asociados con los procesos de eliminación y excreción	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de servicio sanitario • Tipo de servicio sanitario • Utilización adecuada del servicio sanitario 	<p>El hogar cuenta con un servicio sanitario tipo inodoro, el cual se utiliza de forma adecuada exclusivamente para las funciones de eliminación (orina y defecación). No se reportan dificultades en su uso ni prácticas inadecuadas. La presencia de este servicio básico contribuye a mantener la higiene y prevenir riesgos sanitarios.</p>
5	Mantenimiento de un aporte del equilibrio entre actividad y el reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de espacios libres dentro de la vivienda para actividades recreativas • Espacio adecuado para el reposo 	<p>La vivienda carece de espacios libres suficientes dentro del hogar para realizar actividades recreativas. La persona responsable del cuidado del bebé presenta un patrón de sueño interrumpido, ya que debe atender constantemente las necesidades del bebe durante la noche. En promedio, duerme entre 4 y 6 horas, distribuidas de forma fragmentada, refiere “Siento que no descanso lo suficiente durante la noche”, “Siento cansancio constante y se me dificulta mantener mis actividades habituales”. Además, no se dispone de un espacio adecuado para el reposo, ya que cada integrante no tiene su cuarto y deben compartir habitación.</p>
6	Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana	<ul style="list-style-type: none"> • Comparten alimentos, juegos, conversaciones en familia. • Número de habitantes en la familia. • Tiene grupo de amigos y sale y conversa con ellos. 	<p>La usuaria mantiene sus relaciones interpersonales principalmente dentro del círculo familiar y, de forma ocasional, con miembros de la iglesia. Comparte momentos significativos con su familia, como las comidas, juegos y conversaciones. Sin embargo, refiere que no realiza salidas sociales debido a que el cuidado</p>

			<p>de su bebé recién nacida le demanda tiempo completo. En cuanto a sus vínculos sociales externos, menciona que solo mantiene contacto con su única amiga de infancia a través de visitas esporádicas, además de interactuar con algunos miembros de la iglesia. La usuaria vive en un entorno familiar compuesto por ocho integrantes. Por otro lado, la convivencia con su pareja de vida es limitada, ya que él trabaja diariamente sin un horario fijo, por lo que apenas coinciden durante la hora de la cena y al momento de dormir, también menciona poco apoyo físico y emocional por parte de su esposo. Además de mencionar, “Me siento sola y con poco apoyo social”, “Estoy inconforme con mi cuerpo y ya no interactuó mucho con los vecinos”.</p>
7	<p>Previsión de peligros para la vida el funcionamiento y el bienestar humano</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ubicación de tóxicos en el hogar. ● Protección del gas propano ● Tiene prácticas de riesgo (eléctricas, calor entre otros). ● Maltrato ● Presencia de pandillas 	<p>El hogar presenta condiciones óptimas en cuanto a seguridad y prevención de riesgos. Los productos tóxicos están almacenados adecuadamente fuera del alcance de los niños. Asimismo, se utiliza de forma responsable el gas propano, y no se observan prácticas de riesgo como el uso inadecuado de electricidad o fuentes de calor. Además, no hay presencia de maltrato. En relación con la comunidad, se indica que la seguridad ha mejorado respecto a años anteriores.</p>

8	Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento y las limitaciones humanas	<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a centros de estudio o talleres. Colabora con algún comité del establecimiento de salud • Servicio en la comunidad, iglesia u otros. 	La persona tiene una participación activa en su comunidad , específicamente en la Iglesia Casa de Pan . Aunque no colabora con centros de salud ni talleres , cumple una función como maestra de escuela dominical . En cuanto a la educación, se cumple con la educación adecuada de su hijo , quien estudia en el Colegio Teodoro Montes , institución que está accesible, ya que se encuentra cerca de casa .
---	---	---	---

Nota: Formato estándar del Minsal, información proporcionada por usuaria K. A. G

- REQUISITO DEL AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO

N ^a	REQUISITOS	ASPECTOS PARA EVALUAR	DESCRIPCION DEL ASPECTO ACTUAL
1	A) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, durante las etapas de la vida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado Intrauterino de la vida y proceso del nacimiento ▪ Etapa neonatal: nacido a término 	Mujer en edad fértil: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes ginecobstetricias (Formula obstétrica, toma de citología, toma de VPH, (autotoma EVAA, Autoexamen de mama) • Utilización de servicios de anticoncepción 	Usuaria de 27 años de edad con fórmula obstétrica G3P2P1A1V2, su recién nacida nació en buenas condiciones, con esquema básico de vacunación administrado. La paciente brinda lactancia materna exclusiva a su hija de 2 meses, durante el año 2024 cursó su segundo embarazo, siendo atendida en un Centro de Salud, donde se le diagnosticó vaginosis bacteriana tratada exitosamente sin recurrencias. Antecedentes previos de planificación familiar con acetato de medroxiprogesterona 150mg, luego

	<p>o prematuro, nacido con peso normal o con bajo peso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona adulta mayor (climaterio y menopausia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería en la salud sexual y reproductiva. 	<p>de su último parto esterilizada. Realizó toma de citología el 11 de agosto de 2025, resultados pendientes.</p> <p>Evaluaciones y procedimientos. Recibió consejería de salud enfocada en: aseo personal, uso de ropa interior de algodón, reconocimiento de signos y síntomas de alarma y mantenimiento de la herida operatoria limpia y seca.</p> <p>La usuaria refiere, “Mi esposo no me brinda suficiente apoyo físico ni psicológico en el cuidado de los niños, ni emocionalmente, lo cual me incrementa el cansancio y la sobrecarga”. Refiere, “El casi no pasa en la casa ni con nosotros, sale temprano y no tiene hora de llegada”, “A veces la comunicación con mi pareja es limitada y en ocasiones conflictiva”. Mi esposo no me busca, porque no tiene tiempo por su trabajo y no tiene hora de llegada”.</p> <p>Asimismo, también refiere disminución de la libido desde el embarazo y posparto, lo que ha generado dificultades en su vida sexual y en la relación de pareja. Refiere “No me dan ganas de tener relaciones sexuales”, “No tenemos relaciones sexuales desde que estuve embarazada y después que tuve al bebe” Además comenta que el esposo no la busca, “Tengo disminución en lo que se trata de la libido desde el embarazo y posparto”.</p> <p>Refiere “Mi esposo casi no participa en las actividades habituales en el cuidado de los niños y no tenemos mucha convivencia menos comunicación”, “No siento apoyo emocional en especial de mi pareja”.</p>
--	--	---	---

			<p>Con respecto a las responsabilidades del hogar y cuidados de sus hijos mencionaba, “Me siento sola para el cuidado y las responsabilidades del hogar”, “Me siento con sobrecarga de responsabilidades domésticas y cuidado de hijos”, “No tengo mucho apoyo por parte de la familia en el manejo de mi situación actual”.</p> <p>Señala que su fe en Dios es un apoyo fundamental que le brinda fortaleza en su vida cotidiana; sin embargo, reconoce que en los últimos meses ha reducido su participación por el cuidado de su bebé. Además, menciona “Asisto a la iglesia y brindo clases, sin embargo, en los últimos meses he reducido mi participación por el cuidado de mis hijos”.</p>
	REQUISITO	ASPECTO PARA EVALUAR	DESCRIPCION DEL ASPECTO ACTUAL
2	<p>B) provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Provisión de cuidados para prevenir efectos negativos en tales condiciones ▪ Provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes en tales condiciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha tenido Problemas de adaptarse a grupos de personas: No ▪ Considera que ha tenido fracasos personales y de qué tipo: No ▪ Ha tenido perdida de algún familiar o amigo(a): Si, abuelo ▪ Ha tenido perdida de dinero u otro tipo de posesión: No ▪ perdida de trabajo: No ▪ se ha cambiado últimamente de 	<p>No ha tenido problemas para adaptarse a grupos de personas, ya que asiste y sirve en la iglesia. No ha tenido fracasos personales. Sufrió la pérdida de un familiar (abuelo). No ha tenido pérdida de dinero ni otro tipo de posesiones. Refiere haber dejado su empleo para dedicarse a sus hijos y actualmente depende económicamente de su pareja de vida. En los últimos meses, no ha cambiado de residencia.</p> <p>Sí ha tenido problemas asociados a la mala salud, ya que presenta obesidad grado I. No ha sufrido ningún tipo de violencia. Además, ha tenido a una persona con enfermedad terminal en su entorno familiar, un familiar con diabetes mellitus.</p>

		residencia por algún problema: No <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha tenido problemas asociados con la mala salud o incapacidad: Obesidad ▪ Ha sufrido violencia. No ▪ Ha tenido a usted o una persona cercana a usted una enfermedad terminal, si un familiar con diabetes mellitus. 	
--	--	---	--

Nota: Producto del trabajo de Proceso Enfermero Actualizado por Mssr y Licenciada. Telma Díaz Licda.: MPE. Licenciado Juan José Luna Gómez y Licenciada Karen Lisette Uto de Polanco. Ciclo II, año 2024, información proporcionada por usuaria K. A. G.

- REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO DE LA DESVIACION DE LA SALUD.

Requisitos	Descripción del aspecto actual
Requisito #1 Buscar y asegurar la ayuda adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías	
a) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto algún agente físico tales como:	
<ul style="list-style-type: none"> • Radiaciones 	“No he estado expuesta a radiaciones”

<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a ruidos estridentes y fuertes 	“Si por lo general hay ruidos, pero son tolerables para la familia”
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a fuentes de calor 	“Lo normal los calores que existen por los cambios climáticos”
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a fuentes eléctrica 	“No hay”
<ul style="list-style-type: none"> • b) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto algún agente biológico tales como: 	
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a virus 	“Vecinos últimamente tienen gripe”
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a bacterias 	“Sin embargo uno debe tener cuidado siempre”
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a parásitos 	“No antes de hacer la comida lavo todo y desinfecto, se trata de mantener la higiene antes y después de hacer las actividades”
<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a Hongos 	“No tengo exposición porque ni siquiera tengo un patio”
<ul style="list-style-type: none"> • c) Ha buscado ayuda en centros de salud sean estos públicos y privados cuando ha estado expuesto alguna condición ambiental a tales como: 	
<ul style="list-style-type: none"> • Expuesta a temperaturas ambientales muy calientes o frías 	“El lugar donde vivimos es un poco caliente y nos sale salpullido por temporada cuando hace demasiado calor”
<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con buena iluminación dentro del hogar 	“Si hay buena iluminación”
Requisito #2 Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo	

a) Cuando ha presentado un problema o condición de salud usted ha realizado las siguientes acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar información sobre la patología o condición de salud que está afectando su calidad de vida 	“No, no busque nada sobre la enfermedad”
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar información sobre el tratamiento prescrito por el médico. 	“No, además de lo que me dijo el doctor no busque nada más”
<ul style="list-style-type: none"> • Conoce o ha conocido sobre los efectos secundarios, riesgo y benéfico del tratamiento que está recibiendo o recibió. 	“No, desconozco no he investigado más, solo se lo que el doctor me dijo”
<ul style="list-style-type: none"> • Buscar información sobre los signos y síntomas, complicaciones y medio de diagnóstico sobre la patología o condición de salud que está afectando o afecto su calidad de vida 	“No, no me queda tiempo por los cuidados de mi bebe y mi hijo que requieren bastante tiempo”

Requisito #3 Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades	
a) Cuando recibe o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico ha realizado las siguientes acciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los horarios establecidos para el consumo de los medicamentos prescritos por el medico 	“Si, por lo general trato la manera de hacerlo”
<ul style="list-style-type: none"> • Alguna vez se ha auto medicado durante el proceso de la enfermedad 	“No, no lo hice ni pienso hacerlo”
<ul style="list-style-type: none"> • Cumple correctamente con las ordenes medicas prescritas 	“Si, lo hago”

<ul style="list-style-type: none"> • Asiste o ha asistido a sus terapias de rehabilitación según orden medica 	<p>Usuario manifiesta que “no ha pasado por eso”</p> <p>Seguimiento nutricional por obesidad grado I (peso actual: 73 kg, talla: 1.54 m, IMC: 30.75 kg/m²) y evolución del peso desde el embarazo (semana 30: 79.5 kg; posparto inmediato: 77 kg; actualmente: 73 kg)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asiste o ha asistido a curaciones de los sitios quirúrgicos según orden medica 	<p>“Únicamente cuando me retiraron los puntos de la cesaria, solo en esa ocasión”</p>
<p>b) Cuando recibe o ha recibido prescripción para pruebas diagnósticas por el médico ha realizado las siguientes acciones:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Asiste a la hora establecida para la realización de las pruebas diagnósticas prescritas por el medico 	<p>“Si cuando me dejan exámenes llego a la hora establecida, y llego antes de la hora por cualquier inconveniente y por poder salir antes”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conoce o ha conocido las condiciones previas y posteriores para la realización de las pruebas diagnósticas prescritas por el medico 	<p>“Si en su mayoría de veces me las explican antes de realizar la prueba”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Se interesa ha interesado por conocer los resultados de las pruebas diagnósticas realizadas 	<p>“Si así se sabrá que tengo y si tengo algo me darán alguna solución para mi problema, por eso asisto a las citas que me dejan”</p>
<p>Requisito #4 Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo</p>	
<p>a) Cuando recibe o ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico y ha presentado algún efecto negativo ha realizado las siguientes acciones:</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Consulta a su médico sobre algún molestar o deterioro de la salud cuando ha recibido tratamiento médico y/o quirúrgico 	<p>“Vuelvo a pasar consulta para que nos revise y explique o nos cambie a otro tratamiento”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia la dosis, y horarios de los medicamentos que recibe o ha recibido cuando presenta algún malestar o deterioro de su salud. 	<p>“No eso no”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conoce sobre los efectos secundarios o complicaciones que producen al estar sometido a un tratamiento médico – quirúrgico 	<p>“Cuando me hicieron la cesaría me las explicaron”</p>
<p>Requisito #5 Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse a uno mismo como ser humano, con un estado de salud particular y con necesidades de formas específicas de cuidados de salud</p>	
<p>a) Cuando tiene o ha presentado algún problema de auto concepto y/o autoimagen ha realizado las siguientes acciones:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Busca o ha buscado ayuda para superar los problemas que están afectando o han afectado su concepto o imagen como persona 	<p>“No, no he buscado ayuda, y con mi imagen no me siento conforme, no me siento bien físicamente”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Realiza actividades para fortalecer su auto concepto o auto imagen. 	<p>“No, por el momento no he buscado actividades de eso, paso ocupada más ahora con mi bebe que requiere mucho tiempo y de igual forma con mi hijo”</p> <p>“Me siento encerrada y con aburrimiento”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Siempre se ha valorizado como persona a pesar de los problemas o situaciones que han dificultado su vida 	<p>“Si, hasta el momento”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cuando ha tenido alguna enfermedad o proceso de recuperación quirúrgica se ha visto involucrado su autoestima 	<p>“Si, no me siento bien físicamente ya que estoy gordita, a veces me pongo triste no me siento atractiva ni bonita por decirlo así”</p>

	<p>“No me siento capaz de afrontar lo que me pasa”, “No me siento bonita, por mi peso y mi herida operatoria, me siento insegura”, “Me siento triste y decaída desde que tuve a mi bebé”, “Tengo temor a ser rechazada por mi apariencia física y condición actual”, “Estoy inconforme con mi imagen corporal y me siento triste en ocasiones.”</p>
<p>Requisito #6 Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo</p>	
<p>a) Cuando ha presentado condiciones y estados patológicos y efectos de tratamiento médico – quirúrgico ha realizado las siguientes acciones:</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Busca o ha buscado ayuda para controlar los efectos secundarios del tratamiento médico quirúrgico que está recibiendo 	<p>“No tuve efectos adversos, únicamente los puntos que se me infectaron de la herida de la cesaría pero asistí al centro médico”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Cumple con el tratamiento prescrito por el personal de salud calificado para mitigar los efectos secundarios producidos por el tratamiento médico. 	<p>“Si cumplo con el tratamiento médico indicado”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ingiere alguna dieta para mejorar la condición de salud actual y/o efectos secundarios producidos por el tratamiento médico prescrito. 	<p>“No, por el momento no seguí ni estoy siguiendo ninguna dieta, ahorita porque estoy dando de lactar, pero tendría que seguir alguna porque el doctor me dijo que tenía que bajar de peso”</p> <p>“Me Interesa en aprender más sobre como alimentarme de manera saludable y balanceada”</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Realiza alguna actividad física para mejorar la condición de salud actual y/o efectos secundarios producidos por el tratamiento médico indicado. 	<p>“No, por el momento no realizo actividades físicas”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asiste a terapias de rehabilitación físicas o psicológicas para mejorar la condición de salud actual o mitigar los efectos negativos producidos por el tratamiento médico – quirúrgico recibido 	<p>“No, no he buscado ni asisto a ninguna, aunque me gustaría”</p>

Nota: Producto del trabajo de Proceso Enfermero por Msr y Licenciada. Telma Lorena Díaz Méndez, Mepi, y Licenciado Juan José Luna Gómez y Licenciada Karen Lissette Uto de Polanco Ciclo II, año 2024, información proporcionada por usuaria K. A. G.

3.1.3 IDENTIFICACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS

REQUISITOS AFECTADOS			DATOS DEL CUADRO DE VALORACIÓN GENERAL FAMILIAR
REQUISITOS UNIVERSALES	REQUISITOS DEL DESARROLLO	REQUISITOS DE DESVIACIÓN DE LA SALUD	
<p>1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire</p> <ul style="list-style-type: none"> Espacio abierto en la vivienda: La vivienda no cuenta con suficiente espacio abierto ya que es de mediano tamaño. Presencia de animales domésticos y ubicación: Se presenció la existencia de cuatro gatos dentro del hogar, donde ubica su cama debajo de la mesa, no observa una caja de arena en donde hagan sus necesidades. 	<p>1. Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo, durante las etapas de la vida</p> <p>Presentó un antecedente de infección leve en la herida quirúrgica a nivel de los puntos de suturas después de la cesárea baja transversa a las 36 semanas, ya resuelta.</p> <p>Antecedente de vaginosis bacteriana, tratada con metronidazol gel 0.75% c/d por 7 días, ya resuelta.</p> <p>Obesidad: peso 73 kg y talla 154 cm. IMC = peso (kg) / talla (m)²</p> <p>$IMC = 73 / (1.54)^2 = 73 / 2.3716 \approx 30.75 \text{kg/talla(m)}^2$ corresponde a obesidad grado I</p>	<p>1. Buscar y asegurar la ayuda adecuada en el caso de exposición a agentes físicos biológicos específicos o a condiciones ambientales asociados con acontecimientos y estados humanos, o condiciones psicológicas que se sabe que producen o están asociadas con patologías</p> <p>Exposición a temperaturas ambientales muy calientes o frías: “El lugar donde vivimos es un poco caliente y nos sale salpullido por temporada cuando hace demasiado calor”.</p>	<p>Nombre: K. A. G Edad: 27 años Fecha de nacimiento: 20/05/1998 Lugar de nacimiento: Santo Tomas Sexo: Femenino religión: evangélica Escolaridad: Bachiller Ocupación u oficio: Ama de casa Vicios: No Enfermedad y/o discapacidad: No</p>

<p>2.Mantenimiento de un aporte de agua suficiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abastecimiento de agua: El abastecimiento de agua en su domicilio ocurre cada dos días, lo que almacenan agua en barriles para su uso diario. • Medio de purificación del agua: No se cuenta con ningún método de purificación de agua. 	<p>Usaria manifiesta que no tiene apoyo de parte de su pareja “Mi esposo no me brinda suficiente apoyo físico ni emocionalmente con el cuidado de los niños, me siento cansada y con sobrecarga”.</p> <p>“Mi esposo casi no pasa en la casa, sale temprano para ir al trabajo y no tiene hora de llegada”</p> <p>“La comunicación con mi pareja es limitada y a veces conflictiva, además que no me busca, por falta de tiempo por su trabajo”.</p> <p>Diminución de la libido desde el embarazo y después de tener a su bebe, “No me dan ganas de tener relaciones sexuales”, “No tenemos relaciones sexuales desde que estuve embarazada”.</p> <p>Cuando se trata de las responsabilidades del hogar, “Me siento sola para el cuidado de mis hijos y las responsabilidades del hogar”, “Me siento con sobrecarga en las responsabilidades domésticas”.</p> <p>Con la vida religiosa menciona “Asisto a la</p>	<p>2.Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo</p> <p>Buscar información sobre la patología o condición de salud: “No, no busqué nada sobre la enfermedad”. haciendo referencia a la vaginosis</p> <p>Buscar información sobre el tratamiento prescrito por el médico: “No, además de lo que me dijo el doctor no busqué nada más”.</p> <p>Conoce o ha conocido sobre los efectos secundarios, riesgo y benéfico del tratamiento que está recibiendo o recibió: “No, desconozco no he investigado más, solo sé lo que el doctor me dijo”</p> <p>Buscar información sobre los signos y síntomas, complicaciones y medio de diagnóstico sobre la patología o condición de salud que está afectando o afecto su calidad de vida: “No, no me queda tiempo por los cuidados de mi bebe y mi hijo que requieren bastante</p>	
--	---	--	--

	<p>iglesia y brindo clases, sin embargo, en los últimos meses he reducido mi participación por el cuidado de mis hijos”.</p>	<p>tiempo”</p>	
<p>3.Mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene, preparación y conservación de alimentos: Trata de mantener la higiene a la hora de preparación, sin embargo, se identificó una preferencia por métodos de cocción fritas • Disponibilidad para adquirir alimentos Presencia de huerto casero: No hay presencia de huertas, todo del Mercado y super selectos 	<p>2.Provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano</p> <p>Reconoce que tiene problemas asociados con la mala salud: Obesidad.</p> <p>Ha tenido perdida de algún familiar o amigo(a): Si, abuelo</p> <p>Ha tenido un familiar con enfermedad terminal: “Un familiar con diabetes mellitus”. En lo laboral dejo su empleo para dedicarse a los hijos y actualmente depende económicamente de su pareja de vida.</p>	<p>3.Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades</p> <p>Asiste o ha asistido a curaciones de los sitios quirúrgicos según orden medica: “Únicamente cuando me retiraron los puntos de la cesaría, solo en esa ocasión”</p> <p>Asiste o ha asistido a sus terapias de rehabilitación según orden medica: Seguimiento nutricional por obesidad grado I (Peso actual 73 kg y talla 1,54 m), evolución en el embarazo semana 30 de gestación 79.5 kg, posparto 77 kg.</p>	

		<p>4.Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo</p> <p>Conoce sobre los efectos secundarios o complicaciones que producen al estar sometido a un tratamiento médico – quirúrgico: “Cuando me hicieron la cesaría me las explicaron”</p>	
<p>5.Mantenimiento de un aporte del equilibrio entre actividad y el reposo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Presencia de espacios libres dentro de la vivienda para actividades recreativas: Carece de espacio suficiente, dentro de la vivienda para realizar actividades recreativas ● Espacio adecuado para el reposo: únicamente su cuarto y es compartido con su hijo y la bebe, su patrón de sueño es interrumpido ya que atiende las necesidades de su bebe durante la 		<p>5.Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse a uno mismo como ser humano, con un estado de salud particular y con necesidades de formas específicas de cuidados de salud</p> <p>Busca o ha buscado ayuda para superar los problemas que están afectando o han afectado su concepto o imagen como persona: “No, no he buscado ayuda, y con mi imagen no me siento conforme, no me siento bien físicamente”</p> <p>Realiza actividades para fortalecer su auto concepto o auto imagen: “No, por el momento</p>	

<p>noche, en promedio duerme entre 4 y 6 horas distribuidas de forma fragmentada.</p>		<p>no he buscado actividades de eso, paso ocupada más ahora con mi bebe que requiere mucho tiempo y de igual forma con mi hijo”</p> <p>Cuando ha tenido alguna enfermedad o proceso de recuperación quirúrgica se ha visto involucrado su autoestima: “Si, no me siento bien físicamente ya que estoy gordita, a veces me pongo triste no me siento atractiva ni bonita por decirlo así”, “No me siento capaz de afrontar lo que me pasa”, “No me siento bien por mi peso y con la herida de la cesaría me siento insegura, me siento triste y decaída desde que tuve a mi bebe”, “Tengo temor a ser rechazada por mi apariencia física, estoy inconforme con mi imagen corporal”.</p>	
<p>6.Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Número de habitantes en la familia: 9 ● Tiene grupo de amigos y sale y conversa con ellos: Mantiene 		<p>6.Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo</p> <p>Ingiere alguna dieta para mejorar la condición de salud actual y/o efectos secundarios</p>	

<p>relaciones interpersonales principalmente dentro del círculo familiar, no realiza salidas sociales debido al cuidado de su bebe, mantiene contacto con su única amiga de infancia a través de visitas esporádicas, asiste a la iglesia y brinda clases.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comparten alimentos, juegos, conversaciones en familia: La usuaria vive en un entorno familiar compuesto por ocho integrantes, la convivencia con su pareja de vida es limitada, ya que él trabaja diariamente sin un horario fijo, también menciona poco apoyo físico y emocional por parte de su esposo. Además de mencionar, “Me siento sola y con poco apoyo social”, “Estoy inconforme con mi cuerpo y ya no interactué mucho con los vecinos”. 		<p>producidos por el tratamiento médico prescrito: “No, por el momento no seguí ni estoy siguiendo ninguna dieta, ahorita porque estoy dando de lactar, pero tendría que seguir alguna porque el doctor me dijo que tenía que bajar de peso”, “Me Interesa en aprender más sobre como alimentarme de manera saludable y balanceada”</p> <p>Realiza alguna actividad física para mejorar la condición de salud actual y/o efectos secundarios producidos por el tratamiento médico indicado: “No, por el momento no realizo actividades físicas”</p> <p>Asiste a terapias de rehabilitación físicas o psicológicas para mejorar la condición de salud actual o mitigar los efectos negativos producidos por el tratamiento médico – quirúrgico recibido: “No, no he buscado ni asisto a ninguna, aunque me gustaría”</p>	
--	--	--	--

Nota: Formato elaborado por Mssr y Licenciada Telma Lorena Díaz Méndez y Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docentes de La Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad de El Salvador Julio 2024.

3.1.4 ORGANIZACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Nombre del paciente: K. A. G		Diagnóstico: Obesidad I	
Sexo: Femenino	Edad: 27años	Centro de Salud Comunitario	

ORDENAMIENTO DE DATOS POR REQUISITOS AFECTADOS	ANALISIS E INTERPRETACION
REQUISITOS UNIVERSALES	
DRU 1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una vivienda saludable como aquella que proporciona un entorno físico seguro, con ventilación adecuada, iluminación natural y artificial apropiada, protección contra contaminantes del aire interior y condiciones de temperatura que favorecen la salud física y mental de los habitantes. La ventilación suficiente es clave para mantener una buena calidad del aire y prevenir enfermedades respiratorias, especialmente en viviendas con fuentes de combustión como estufas de gas. (21)</p> <p>Se evidencia una deficiencia en las condiciones ambientales del hogar, ya que la vivienda es de tamaño mediano, con ventilación limitada (solo cuatro ventanas), cocina interna a gas y presencia de animales domésticos dentro del mismo espacio sin adecuada higiene. Estas características indican un entorno con riesgo potencial de contaminación del aire interior. La usuaria no cuenta con los recursos ni la autonomía para modificar el entorno, dado que la vivienda pertenece a su suegra. Este elemento externo influye directamente en su capacidad de autocuidado, al no poder garantizar por sí misma un ambiente saludable para ella y sus hijos. Además, el desorden y la falta de ventilación generan un impacto psicológico negativo, potenciando el estrés ambiental y la sensación de encierro, factores que agravan el cansancio y la irritabilidad que la usuaria ya presenta por la falta de descanso.</p>

<p>DRU 2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.</p>	<p>La ESSAP menciona que el agua potable es esencial para la vida. Es el líquido más importante de la naturaleza sin el cual no podríamos vivir. El agua potable nos ayuda a estar sanos, a hacer la digestión, mantiene la musculatura en buen estado, actúa refrigerando o calentando el cuerpo y ayuda a transportar el oxígeno entre las células de nuestro cuerpo, así como las aguas residuales, son de importancia fundamental para impedir y reducir la propagación de enfermedades relacionadas con la falta de saneamiento y la salud. El agua es un recurso renovable, pero muchos de los depósitos subterráneos que sirven para abastecer a la población se encuentran contaminados y cuesta mucho trabajo y dinero remover las impurezas del líquido vital. Por eso, es obligación de cada persona cuida el agua y no desperdiciarla. (22)</p> <p>Aunque la usuaria compra agua embotellada para consumo humano, no utiliza métodos de purificación adicionales ni cuenta con un sistema de tratamiento del agua almacenada, lo que puede exponer a la familia especialmente a la lactante al riesgo de enfermedades gastrointestinales y parasitarias por contaminación cruzada o mala conservación, esta situación representa que no se logra mantener por sí misma un suministro continuo y seguro de agua de calidad. El déficit no solo es físico (falta de abastecimiento constante), sino también educativo y conductual, al desconocer las técnicas adecuadas de purificación o desinfección del agua (como hervirla, clorarla o filtrarla). Además, la falta de autonomía económica y la dependencia de su familia política dificultan la implementación de mejoras en el sistema de almacenamiento.</p>
<p>DRU 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos</p>	<p>Paula Feldman ingeniera agrónoma y especialista en agronegocios y alimentos (UBA), define la higiene durante la manipulación de los alimentos es esencial para asegurar la inocuidad de los mismos, por lo tanto, es necesario gestionarla profesionalmente. Establecer un plan que incluya procedimientos validados con objetivos claros que abarquen aspectos de diseño, metodológicos y de control, son la clave. La inocuidad de un alimento es parte de su propia definición. Sin embargo, a la hora de producirlo hay riesgos que no se consideran. Específicamente estamos hablando de los riesgos asociados con fallas en la higiene. La higiene es condición natural durante la manipulación de los alimentos, pero en el día a día se van desdibujando su prioridad, su valor y su mantenimiento. Es necesario profesionalizar las tareas de limpieza y gestionar la actividad como una empresa en sí misma. (23)</p>

	<p>Se evidencia hábitos alimentarios inadecuados: consumo frecuente de frituras, carbohidratos refinados y bebidas azucaradas, con escaso consumo de frutas, verduras y proteínas magras. Estos patrones dietéticos han contribuido al desarrollo de obesidad grado I (IMC 30.7 kg/m²), condición que refleja un desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto energético, la persona presenta un déficit parcial de autocuidado porque, aunque reconoce la importancia de la alimentación, carece de conocimiento, motivación y acompañamiento profesional para realizar elecciones alimentarias saludables. El autocuidado alimentario está condicionado por factores socioeconómicos y culturales, como la dependencia económica de su pareja, el rol doméstico intensivo y la falta de tiempo para planificar menús saludables, lo que limita su capacidad para mantener una dieta equilibrada.</p>
<p>DRU 5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p>	<p>La OMS define la actividad física como todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere consumir energía. En la práctica, consiste en cualquier movimiento, realizado incluso durante el tiempo de ocio, que se efectúa para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, para trabajar o para llevar a cabo las actividades domésticas. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud. (24)</p> <p>La falta de espacio suficiente dentro de la vivienda para realizar actividades recreativas afecta el equilibrio entre actividad y reposo. Por un lado, limita la posibilidad de realizar movimientos, juegos o ejercicios que favorecen la salud física y mental, lo que conduce a una vida más sedentaria. Por otro lado, también interfiere con el reposo, ya que la incomodidad, el ruido o el hacinamiento dificultan el sueño y la relajación. En consecuencia, la carencia de espacio adecuado impide que las personas desarrollen actividades recreativas y al mismo tiempo descansen de forma plena, afectando así su bienestar integral, también su rol como madre, ama de casa y cuidadora principal la expone a una sobrecarga física y emocional, con jornadas extensas de cuidado infantil y labores domésticas, sin apoyo suficiente de su pareja o de otros miembros del hogar.</p>
<p>DRU 6. Mantenimiento del equilibrio soledad y la interacción social</p>	<p>Julieta Pérez en su artículo “Soledad en la maternidad”, define la soledad es una emoción que nos advierte de una carencia o de una pérdida. Y más allá de si estás acompañada durante tu embarazo, o de si te sientes bien soportada por tu tribu o tu red de apoyo en el posparto, la soledad puede aparecer porque la matrescencia es un camino de ida, pero sin retorno. Cada madre se enfrenta a la maternidad</p>

	<p>desde experiencias distintas, con un pasado, una historia familiar, un entorno social y relacional, el deseo, los valores y creencias, así como las vivencias únicas durante la gestación, el parto, y la llegada del bebé. (25)</p> <p>Aunque mantiene relaciones con miembros de la iglesia y su familia política, estas interacciones no suplen el afecto y la comunicación que necesita con su pareja ni el apoyo emocional que requiere en su rol de madre reciente. Además, la falta de tiempo personal y la sobrecarga doméstica limitan su socialización fuera del hogar, lo cual puede predisponer a síntomas de ansiedad o depresión leve, la usuaria no logra satisfacer su necesidad de vínculos saludables que favorezcan su bienestar emocional. Este déficit no depende únicamente de ella, sino también de factores externos: la ausencia del compañero, el rol de dependencia económica y la estructura familiar jerárquica. El desequilibrio social y emocional influye además en su imagen corporal y vida sexual, generando inseguridad, baja autoestima y evitación del contacto físico, lo que refuerza un ciclo de aislamiento afectivo. La soledad prolongada y la falta de reconocimiento pueden afectar el sentido de propósito, la motivación para el autocuidado y el cumplimiento de conductas saludables.</p>
<p>REQUISITO DEL AUTOCUIDADO DEL DESARROLLO</p>	
<p>DRUD 1 Buscar y asegurar la ayuda adecuada en caso de exposición a agentes físicos, biológicos o condiciones ambientales</p>	<p>La paciente presentó infección leve en la herida quirúrgica tras cesárea baja transversa, lo que es consistente con estudios que indican que la obesidad y las infecciones previas, como vaginosis bacteriana, incrementan significativamente el riesgo de infección en sitio quirúrgico. La obesidad (IMC \approx 33) es un factor de riesgo establecido para retraso en la cicatrización, incremento de tejido necrótico y necesidad de re intervenciones. (26)</p> <p>Además, la vaginosis bacteriana es un marcador de disbiosis vaginal, la cual puede predisponer a complicaciones obstétricas y aumentar la colonización por patógenos en el puerperio. El perfil de la paciente muestra alto riesgo de complicaciones posquirúrgicas debido a la coexistencia de obesidad e infecciones previas. Aunque el episodio fue clasificado como “leve”, la repetición de este tipo de infecciones podría prolongar la recuperación y comprometer la salud materna. El antecedente de vaginosis bacteriana indica un entorno microbiológico vulnerable que debe ser controlado para prevenir recurrencias. El seguimiento médico y la educación en autocuidado son prioritarios para evitar complicaciones mayores como endometritis o infecciones sistémicas. (27)</p>

Yarden Segal en su artículo “Problemas psicológicos asociados con la obesidad” menciona que la obesidad es una condición de salud compleja que no solo afecta la salud física, sino que también tiene importantes consecuencias psicológicas. Tener exceso de peso puede provocar una variedad de problemas de salud mental, desde baja autoestima y problemas de imagen corporal hasta depresión y ansiedad. El estigma y la discriminación que a menudo enfrentan las personas con obesidad pueden exacerbar aún más estos desafíos psicológicos. Además, los problemas de salud asociados con la obesidad, como las enfermedades cardíacas y la diabetes, también pueden afectar el bienestar mental. (28) La usuaria posee conocimientos limitados sobre nutrición y hábitos saludables, lo cual evidencia una agencia de autocuidado insuficiente. Esta situación se agrava por factores psicosociales y emocionales, como la baja autoestima, el descontento con su imagen corporal y la escasa motivación

María Hurtado en su artículo “Falta de comunicación en la pareja: Claves para mejorar la conexión emocional” expresa que la falta de comunicación en la pareja es un tema recurrente que puede afectar la calidad de la relación. Es común que los individuos asuman que su pareja entiende sus necesidades y sentimientos sin necesidad de expresarlos. Una comunicación abierta y honesta es crucial para cultivar el amor y mantener una conexión emocional fuerte. Cuando hay un vacío en la comunicación, surgen malentendidos y resentimientos. La pareja puede comenzar a sentirse distante, lo que a menudo se traduce en una disminución del afecto y la intimidad. Trabajar en la comunicación no solo ayuda a resolver conflictos, sino que también refuerza el vínculo entre ambos. (29)

La comunicación en la pareja forma parte del autocuidado emocional, ya que permite expresar sentimientos, compartir responsabilidades y satisfacer la necesidad de afecto y compañía. Cuando esta habilidad se debilita, se produce una interrupción del apoyo emocional recíproco, afectando tanto la salud mental como la calidad de vida familiar. La falta de comunicación también tiene implicaciones indirectas en la salud física y psicológica: puede aumentar el estrés, el aislamiento y el riesgo de depresión posparto, además de interferir con el autocuidado en otros aspectos, como la alimentación, el descanso o la motivación para mantener hábitos saludables. En este sentido, la relación de pareja actúa como un determinante psicosocial de la salud y el bienestar.

Amatul Hafsa, ginecóloga en su artículo “Comprender la fatiga posparto” menciona que la fatiga posparto (FPP) es una enfermedad de salud física y mental que afecta a las mujeres después del parto, caracterizada por una falta persistente de energía y alteraciones de la concentración. Para algunas madres, es normal experimentar "tristeza posparto" durante algunas semanas después de dar a luz. Después

	<p>de dar a luz, muchas mujeres experimentan cambios de humor. Pueden estar alegres un minuto y desanimados al siguiente. Incluso mientras el bebé duerme la siesta, puede sentirse infeliz, tener problemas para concentrarse, perder el apetito o tener problemas para dormir. (30) Estos signos evidencian una alteración en su equilibrio físico y emocional, derivada de múltiples factores: sobrecarga de roles domésticos y maternos, falta de apoyo de su pareja, sueño fragmentado y carencia de espacios personales de descanso. La usuaria, aunque conserva capacidad para tomar decisiones y realizar autocuidado, no dispone de la energía ni del apoyo necesario para satisfacer sus propias necesidades fisiológicas y emocionales.</p> <p>Andrea Rodrigo en su artículo “Sexo tras el parto: ¿hay pérdida de libido en el posparto?” hace referencia que la pérdida de libido después del parto es bastante habitual. La bajada de los niveles de estrógeno causa menor lubricación y dificulta las relaciones sexuales puesto que la mujer puede tener molestias o miedo a la penetración. Aunque los expertos consideran que se pueden reanudar las relaciones sexuales seis semanas después del parto, la realidad es que muchas de las madres primerizas se enfrentan a numerosos cambios tanto físicos como emocionales que hacen que el deseo sexual sea bajo. (31) La usuaria expresa disminución del deseo sexual desde el embarazo y lo mantiene en el posparto, acompañada de tristeza, cansancio, falta de comunicación con su pareja y baja autoestima. Estos factores se combinan para generar rechazo a la intimidad y distanciamiento conyugal, lo que afecta la satisfacción personal y la armonía familiar. La sexualidad es una expresión de interacción humana y bienestar integral; por tanto, la alteración de este aspecto puede considerarse un déficit de autocuidado emocional y relacional.</p> <p>La usuaria conserva la capacidad de autocuidado, pero se encuentra afectada por factores fisiológicos, psicológicos y de entorno que le impiden cubrir adecuadamente sus necesidades afectivas y sexuales. La falta de deseo se asocia no solo a causas hormonales, sino también a cansancio extremo, fatiga posparto, alteraciones del sueño, imagen corporal negativa y carencia de comunicación conyugal.</p>
<p>DRUD 2 Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos.</p>	<p>La literatura demuestra que el bajo nivel de búsqueda activa de información limita la prevención y reduce la capacidad de adoptar conductas saludables, lo que incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas prevenibles. La ausencia de búsqueda de información representa una barrera para el empoderamiento en salud y aumenta el riesgo de reproducir patrones de inacción frente a enfermedades crónicas. (32)</p>

	<p>A pesar de haber convivido con un familiar con diabetes mellitus en fase terminal, la paciente no buscó información ni sobre la enfermedad ni sobre prevención. Esto sugiere bajo nivel de alfabetización en salud y escasa proactividad en la autogestión del cuidado. La paciente posee conciencia parcial de la importancia de la obesidad como riesgo, pero carece de iniciativa para informarse sobre enfermedades crónicas presentes en su entorno familiar. Esto la coloca en una situación de vulnerabilidad, ya que, al no tener información actualizada, no puede identificar medidas preventivas eficaces.</p>
<p>REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO DE LA DESVIACION DE LA SALUD.</p>	
<p>DRUD 1. Provisión de cuidados relacionados a los efectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.</p>	<p>La Organización Mundial de la Salud menciona que las variaciones térmicas extremas, especialmente la exposición prolongada a altas temperaturas, pueden desencadenar alteraciones dermatológicas como el sarpullido por calor o miliaria, caracterizada por la obstrucción de los conductos sudoríparos y la retención de sudor en la piel. Esta condición suele agravarse en ambientes con ventilación deficiente o higiene inadecuada, como se observa en la vivienda de la usuaria, que cuenta con escasa ventilación y presencia de animales domésticos dentro del hogar. (33) Sumada a la limitada circulación del aire dentro de su vivienda, constituye un factor de riesgo ambiental que afecta su confort y bienestar físico. Además, la obesidad grado I incrementa la susceptibilidad al calor, ya que el exceso de tejido adiposo reduce la capacidad del cuerpo para disipar la temperatura, favoreciendo la sudoración excesiva y las irritaciones cutáneas. Este conjunto de factores evidencia un déficit parcial de autocuidado, pues la usuaria no ha implementado medidas preventivas efectivas frente a las condiciones ambientales adversas.</p>
<p>DRUD 2. Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de los procesos patológicos.</p>	<p>Naranjo Hernández en su artículo “La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem” menciona que se refiere a la capacidad del individuo para reconocer, comprender y responder adecuadamente a los efectos y resultados de los procesos patológicos que afectan su salud. Implica no solo ser consciente de la enfermedad, sino también participar activamente en la búsqueda de información sobre su evolución, tratamiento y posibles complicaciones. Según Orem, cuando el individuo carece de conocimiento o motivación para mantener un nivel adecuado de vigilancia sobre su estado de salud, se produce un déficit de autocuidado, que requiere de apoyo educativo y orientación profesional. (34)</p> <p>Se identifica una falta de interés y de tiempo para indagar sobre su patología, este comportamiento refleja una dependencia pasiva del sistema sanitario, en la que la usuaria asume un rol receptivo en lugar de participativo en su proceso de cuidado. Factores como la sobrecarga de responsabilidades domésticas, el cuidado de dos hijos pequeños y la falta de apoyo familiar contribuyen a la disminución</p>

	de su motivación y tiempo disponible para la educación en salud, lo que refuerza la limitación de su agencia de autocuidado.
DRD 3. Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescrita, dirigida a prevenir tipos específicos de patología, a la propia patología o la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades	La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo, es decir toma la medicación de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito. Pero además se considera la persistencia, que es tomar la medicación a lo largo del tiempo del tratamiento indicado. Según los últimos datos registrados, menos del 50% de las personas siguen de manera adecuada sus tratamientos médicos. (35) La usuaria asistió únicamente a la cita médica para el retiro de puntos quirúrgicos tras la cesárea, sin continuar el seguimiento postoperatorio, sin embargo, acudió regularmente al control nutricional recomendado por su diagnóstico de obesidad grado I. Esta conducta refleja una adherencia terapéutica, influida posiblemente por la sobrecarga doméstica y la falta de apoyo familiar.
DRD 4. Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidados prescritos por el médico, que producen malestar o deterioro, incluyendo los efectos sobre el desarrollo	Nicole Martínez en su artículo “Autocuidado: Un análisis de conceptos” menciona que el autocuidado sigue siendo impreciso debido a la dificultad de integrar las diversas definiciones desarrolladas a lo largo del tiempo en todas las disciplinas, nunca ha sido más relevante el concepto de autocuidado que en el contexto de una escalada de enfermedades crónicas y transmisibles, con un impacto masivo en los sistemas de salud de todo el mundo, es crucial formular los atributos, antecedentes y consecuencias definitorios del autocuidado para proporcionar a los médicos, investigadores y pacientes la capacidad de comunicarse claramente entre sí y establecer líneas de responsabilidad bien definidas. (36) La usuaria manifiesta haber recibido información únicamente durante el momento de la cesárea sobre los efectos del procedimiento, sin demostrar continuidad ni actualización del conocimiento sobre las posibles complicaciones posquirúrgicas. Esta situación refleja un déficit parcial de autocuidado cognitivo y conductual, ya que la comprensión de los efectos adversos se limita al periodo inmediato posterior a la intervención, sin evidencia de auto vigilancia o seguimiento de posibles manifestaciones tardías, como infección de la herida, alteraciones de la sensibilidad o complicaciones relacionadas con la cicatrización.
DRD 5. Modificar el auto concepto y auto imagen para aceptarse a uno mismo como ser humano, con un estado de	Marceliano Hernández en su artículo “Autocompasión, imagen corporal y conducta alimentaria en adolescentes: revisión sistemática” menciona que la autoimagen negativa y la insatisfacción corporal son factores críticos que afectan la autoestima y el bienestar emocional. Estudios han demostrado que una percepción negativa del cuerpo se asocia con una baja autoestima y puede contribuir a trastornos de la conducta alimentaria y problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión. Por ejemplo, una revisión sistemática

<p>salud particular y con necesidades de formas específicas de cuidados de salud</p>	<p>encontró que la autocompasión se asocia negativamente con la imagen corporal negativa y con la conducta alimentaria desadaptativas, y positivamente con el aprecio corporal y la alimentación intuitiva. (37) La usuaria presenta limitaciones para mantener el equilibrio entre su bienestar físico, psicológico y social. Orem sostiene que cuando el individuo no logra satisfacer sus requisitos de autocuidado, especialmente los relacionados con la aceptación y la valoración de sí mismo, requiere de apoyo educativo y emocional por parte del profesional de enfermería.</p> <p>Margarita Días en su artículo “Estilos de vida y autoimagen” comenta que la falta de autocuidado personal, especialmente en contextos de maternidad, puede llevar a una disminución de la autoestima y a una mayor insatisfacción con la imagen corporal. La priorización de las necesidades de los demás sobre las propias puede generar sentimientos de agotamiento y resentimiento, afectando negativamente la percepción de uno mismo. Un estudio encontró que los estilos de vida no saludables, como la falta de actividad física y la mala alimentación, se relacionan con una autoimagen negativa en estudiantes. (38) La usuaria manifiesta sobrecarga doméstica, escaso descanso y falta de apoyo de su pareja, factores que contribuyen al agotamiento emocional y a la insatisfacción con su imagen corporal.</p> <p>Soledad Muruaga en su artículo “¿Qué es la autoestima?” comenta que la autoestima es la forma en que cada una se valora a sí misma, la suma de cómo se siente respecto a su apariencia, a sus habilidades, a su conducta, cómo integra las experiencias del pasado y cómo se siente valorada por los demás. Es nuestro mundo interno al completo. La autoestima no es voluntaria, espontánea o natural, proviene de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida. (39) Los factores sociales y de pareja desempeñan un papel determinante: la falta de apoyo emocional, la escasa comunicación con su cónyuge y la dependencia económica han afectado su percepción de valía personal.</p>
<p>DRD 6. Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas de diagnóstico y tratamiento médico, con</p>	<p>La OMS recomienda que después de las seis semanas posparto, la mujer puede reanudar progresivamente la actividad física y mantener una dieta equilibrada que aporte nutrientes esenciales durante la lactancia. Se sugiere al menos 150 minutos de actividad física moderada a la semana y una dieta rica en proteínas, vitaminas y minerales. La OMS en sus guías de cuidado postnatal enfatiza que toda mujer debe recibir consejería sobre alimentación saludable, actividad física y salud mental, como parte de la prevención de enfermedades no transmisibles a mediano plazo. Los recursos de salud recomiendan la identificación temprana de depresión posparto y agotamiento</p>

un estilo de vida que fomente el desarrollo del personal continuo	materno, señalando que la falta de apoyo en nutrición, ejercicio y salud mental puede prolongar el malestar por meses o incluso años. Se sugiere brindar acceso a programas de rehabilitación física y grupos de apoyo psicológico. (40) La falta de rutina física puede afectar el bienestar emocional, ya que el ejercicio regular contribuye a la liberación de endorfinas, mejora la autoestima y reduce los síntomas de ansiedad y depresión.
---	--

Nota: Elaborado por Msr y Licenciada Telma Lorena Díaz Méndez y Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docentes de La Carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad de El Salvador Julio - 2024

3.2 FASE DIAGNOSTICA

3.2.1 Elaboración de diagnósticos

DIAGNOSTICO ENFERMERO FOCALIZADO EN EL PROBLEMA N.º 1

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Función sexual deteriorada	
2. DEFINICION:	Dificultad para pasar por las etapas del ciclo de respuesta sexual, que se percibe como insatisfactoria, poco gratificante o inadecuada	
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION(MG)	VALIDACIÓN (NANDA)
	“No tengo relaciones sexuales desde el embarazo y posparto”.	Conductas sexuales alteradas
	“Mi esposo no me busca, porque no tiene tiempo ´por su trabajo y no tiene hora de llegada”	Busca confirmación de deseabilidad
	“No me dan ganas de tener relaciones sexuales”	Disminución del interés propio
4. FACTORES RELACIONADOS:	DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACION	VALIDACIÓN (NANDA)
	En la vivienda residen dos familias	Privacidad inadecuada
	“No me siento bonita, por mi peso y mi herida operatoria, me siento insegura”.	Miedo a la intimidad.
	“No sigo dieta estricta, ni realizo actividades físicas”.	Autogestión ineficaz del sobrepeso.
5. DOMINIO: 8	Sexualidad / Reproducción	

6. CLASE: 2		Función sexual	
7. CODIGO:	00386	8. N.º DE PAG.	589

CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS

PROBLEMA (P)	ETIOLOGIA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Función sexual deteriorada	Privacidad inadecuada, Miedo a la intimidad, Autogestión ineficaz del sobrepeso.	Conductas sexuales alteradas, Busca confirmación de deseabilidad, Disminución del interés propio

Nota: Formato elaborado por Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad de El Salvador Marzo- 17

DIAGNOSTICO ENFERMERO FOCALIZADO EN EL PROBLEMA N.º 2

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar	
2. DEFINICION:	Patrón insatisfactorio de conocimientos y actividades para el mantenimiento seguro de la propia residencia.	
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION	VALIDACIÓN (NANDA)
	Cuenta con tres habitaciones, distribuidas entre los 8 miembros de las 2 familias, lo que limita el espacio personal.	Dificultad para mantener un ambiente confortable
	La vivienda es de paredes de ladrillo, techo de lámina y piso de cemento y cerámica con aspecto desordenado y sucio.	Entorno desordenado

		“Me siento con sobrecarga de responsabilidades domésticas y cuidado de hijos”.	No solicitar ayuda para el mantenimiento del hogar
4. FACTORES RELACIONADOS:	DATOS RECOLECTADOS EN LA VALORACION		VALIDACIÓN (NANDA)
	“La casa le pertenece a mi suegra por lo que se me dificulta tomar decisiones sobre el hogar”		Dificultad para tomar decisiones
	“Mi esposo no me brinda suficiente apoyo físico, ni psicológico en el cuidado de los hijos ni emocionalmente”.		Apoyo social inadecuado
5. DOMINIO: 1	Promoción de la salud		
6. CLASE: 2	Gestión de la salud		
7. CODIGO:	00300	8. N.º DE PAG.	309

CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS

PROBLEMA (P)	ETIOLOGIA (E)	SIGNOS Y/O SÍNTOMAS(S)
Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar	Dificultad para tomar decisiones, apoyo social inadecuado.	Dificultad para mantener un ambiente confortable, Entorno desordenado, No solicitar ayuda para el mantenimiento del hogar

Nota: Formato elaborado por Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad de El Salvador Marzo- 17

DIAGNOSTICO ENFERMERO DE PROMOCION DE LA SALUD N.º 1

1. NOMBRE DE LA ETIQUETA:	Disposición para una mayor ingesta nutricional		
2. DEFINICION:	Patrón de consumo de nutrientes para cubrir las necesidades metabólicas que puede ser fortalecidas.		
3. CARACTERISTICAS DEFINITORIAS:	DATOS RECOLECTADOS EN EL FORMULARIO DE VALORACION	VALIDACIÓN (NANDA)	
	“Me Interesa en aprender más sobre como alimentarme de manera saludable y balanceada “	Deseos de mejorar el conocimiento sobre los nutrientes esenciales	
4. DOMINIO: 2	Nutrición		
5. CLASE: 1	Ingestión, incorporar alimentos o nutriente al cuerpo		
6. CODIGO:	00419	7. N.º DE PAG.	279

CONSTRUCCION DE DIAGNOSTICOS

PROBLEMA	SIGNOS Y SINTOMAS
Disposición para una mayor ingesta nutricional	Deseos de mejorar el conocimiento sobre los nutrientes esenciales

Nota: Formato elaborado por Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería, Universidad de El Salvador Marzo- 17

3.2.2 Listado de diagnósticos

DIAGNÓSTICOS	
FOCALIZADO EN EL PROBLEMA	
1.	Función sexual deteriorada R/C Privacidad inadecuada, Miedo a la intimidad, Autogestión ineficaz del sobrepeso. M/P Conductas sexuales alteradas, Busca confirmación de deseabilidad, Disminución del interés propio.
2.	Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar R/C Dificultad para tomar decisiones, apoyo social inadecuado M/P Dificultad para mantener un ambiente confortable, Entorno desordenado, No solicitar ayuda para el mantenimiento del hogar
3.	Relación de pareja ineficaz R/C Síntomas depresivos., Habilidades de comunicación inadecuadas, Apoyo emocional inadecuado M/P No identifica a la pareja como persona de apoyo, Apoyo mutuo inadecuado en las actividades diarias entre los socios, Comunicación insatisfactoria con la pareja.
4.	Autoestima inadecuada situacional R/C Imagen corporal alterada, Fatiga, Cohesión familiar inadecuada, Miedo al rechazo M/P Síntomas depresivos, Soledad, Subestima la capacidad para afrontar la situación.
5.	Imagen corporal alterada R/C Procedimientos quirúrgicos, Autogestión ineficaz del sobrepeso, Autoestima inadecuada M/P Preocupación por el cambio, Preocupaciones por la sexualidad, Síntomas depresivos
6.	Autogestión ineficaz de la fatiga R/C Patrón de sueño ineficaz, Demandas en competencias M/P Disminución de la libido, Cansancio, Debilidad
7.	Patrón de sueño ineficaz R/C Carga excesiva de cuidados, Disminución de la eficiencia del sueño M/P Somnolencia diurna, Insatisfacción con el sueño, Ciclo sueño – vigilia no reparadora
8.	Disminución de la participación en actividades de distracción R/C Actividades disponibles Inadecuadas, Motivación inadecuada, Sobrecarga por cuidado de los hijos M/P Aburrimiento, Desacondicionamiento físico, estado de ánimo alterado.
DIAGNOSTICOS DE PROMOCION DE LA SALUD	
1.	Disposición para una mayor ingesta nutricional M/P Deseos de mejorar el conocimiento sobre los nutrientes esenciales

3.2.3 Priorización de diagnósticos

Diagnóstico de enfermería	Requisito afectado	Capacidades	Limitantes	Sistema afectado de enfermería
Disposición para una mayor ingesta nutricional E/C Deseos de mejorar la nutrición, Deseos de mejorar el conocimiento sobre los nutrientes esenciales	U3: Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimento, U7: Prevención de peligros para la vida y bienestar humano, U8: Función y desarrollo humanos dentro de la comunidad	Deseo de aprender sobre nutrición.	Desconocimiento, hábitos previos inadecuados.	De apoyo educativo
Función sexual deteriorada R/C Privacidad inadecuada, Miedo a la intimidad, Autogestión ineficaz del sobrepeso. M/P Conductas sexuales alteradas, Busca confirmación de discapacidad, Disminución del interés propio.	U8: Función y desarrollo humanos dentro de la comunidad, U7: Prevención de peligros para la vida y bienestar humano.	Disposición a recibir orientación.	Privacidad inadecuada, miedo a la intimidad	De apoyo educativo
Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar. R/C Dificultad para tomar decisiones, apoyo social inadecuado, Personas económicamente desfavorecidas. M/P Dificultad para mantener un ambiente confortable, Entorno desordenado, No solicitar ayuda para el mantenimiento del hogar.	U7: Prevención de peligros para la vida y bienestar humano, U8: Función y desarrollo humanos dentro de la comunidad. S4: Atención a la enfermedad y sus efectos, S6: Promoción de la salud y prevención de complicaciones.	Disposición a organizar y aprender	Falta de apoyo social, limitaciones económicas	De apoyo educativo

Relación de pareja ineficaz R/C Síntomas depresivos, Habilidades de comunicación inadecuadas, Apoyo emocional inadecuado. M/P No identifica a la pareja como persona de apoyo, Apoyo mutuo inadecuado en las actividades diarias entre los socios, Comunicación insatisfactoria con la pareja.	U6: Soledad e interacción social, U8: Función y desarrollo humanos dentro de la comunidad. D1: Adaptación a cambios del ciclo vital	Reconoce insatisfacción y necesidad de apoyo	Comunicación deficiente, apoyo emocional inadecuado	De apoyo educativo
Autoestima inadecuada situacional. R/C Imagen corporal alterada, Fatiga, Cohesión familiar inadecuada, Miedo al rechazo. M/P Síntomas depresivos, Soledad, Subestima la capacidad para afrontar la situación.	D1: Adaptación a cambios del ciclo vital, D2: Aceptación de la imagen corporal	Reconoce sentimientos y busca apoyo	Cohesión familiar deficiente, miedo al rechazo	De apoyo educativo
Imagen corporal alterada R/C Procedimientos quirúrgicos Autogestión ineficaz del sobrepeso, Autoestima inadecuada M/P Preocupación por el cambio, Preocupaciones por la sexualidad, Síntomas depresivos.	D2: Aceptación de la imagen corporal	Expresa preocupaciones sobre su imagen	Autopercepción negativa, síntomas depresivos	De apoyo educativo
Autogestión ineficaz de la fatiga. R/C Patrón de sueño ineficaz, Demandas en competencias. M/P Disminución de la libido, Cansancio, Debilidad.	U5: Actividad y reposo, U7: Prevención de peligros para la vida y bienestar humano.	Reconoce signos de cansancio	Debilidad, demandas excesivas	De apoyo educativo
Patrón de sueño ineficaz R/C Carga excesiva de cuidados, Disminución de la eficiencia del sueño M/P Somnolencia diurna, Insatisfacción con el sueño, Ciclo sueño – vigilia no reparadora.	U5: Actividad y reposo, U7: Prevención de peligros para la vida y bienestar humano.	Expresa insatisfacción y busca mejorar	Estrés, exceso de carga, baja calidad del sueño	De apoyo educativo

<p>Disminución de la participación en actividades de distracción. R/C Actividades disponibles inadecuadas, Motivación inadecuada, Sobrecarga por cuidado de los hijos. M/P Aburrimiento, Desacondicionamiento físico, estado de ánimo alterado.</p>	<p>U5: Actividad y reposo, U6: Soledad e interacción social, U8: Función y desarrollo humanos dentro de la comunidad.</p>	<p>Identifica actividades de interés</p>	<p>Sobrecarga, limitaciones ambientales</p>	<p>De apoyo educativo</p>
---	---	--	---	---------------------------

3.3 FASE DE PLANEACIÓN

3.3.1 PLAN DE CUIDADOS N.º 1

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO

NOMBRE COMPLETO: K.A.G

EDAD: 27 años. **DIRECCIÓN:** Colonia San Juan casa # 14C Santo Tomas.

DIAGNOSTICO ENFERMERO: Disposición para una mayor ingesta nutricional.

REQUISITOS AFECTADOS: Requisito de desviación de la salud; Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimento.

UBICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo educativo

Disposición para una mayor ingesta nutricional M/P Deseos de mejorar el conocimiento sobre los nutrientes esenciales.

N O C	<p>Resultado: conocimiento: dieta saludable.</p> <p>Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre una dieta nutritiva equilibrada.</p> <p>Dominio IV: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase S: Conocimientos sobre promoción de la salud,</p> <p>Resultado: 1854.</p> <p>Nº de Pág.: 246</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO:</p> <p>Mantener: 2 Aumentar: 4</p> <p>INDICADORES:</p>																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Código</th> <th rowspan="2">Indicador</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr> <th>Inadecuado</th> <th>Ligeramente adecuado</th> <th>Moderadamente adecuado</th> <th>Sustancialmente adecuado</th> <th>Completamente adecuado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador	Parámetros					Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado								
	Código			Indicador	Parámetros																
Inadecuado		Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado		Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado															

		1	2	3	4	5
	185401	Objetivos dietéticos alcanzables.	X		X	
	185406	Ingesta adecuada a las necesidades individuales	X		X	
	185423	Estrategias para evitar las grasas saturadas	X		X	
INTERVENCIONES PRIORITARIAS INTERVENCIONES SUGERIDAS INTERVENCIONES OPCIONALES		ACTIVIDADES				
N I C	Manejo de la nutrición Dominio 1 Fisiológico: básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico Definición: Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes. Clase D: Apoyo nutricional. Código: 1100. Nº de pág.: 313.	Intervenciones y actividades <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos): Realizar una charla con la paciente usando un infograma de la pirámide alimenticia, explicándole la importancia de incluir frutas, verduras y proteínas en su dieta diaria 				
		<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario: Revisar junto con la paciente su lista de compras o menú semanal y sugerir cambios simples, como sustituir bebidas azucaradas por agua o incluir ensaladas en lugar de frituras. 				

	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a acceder a programas nutricionales comunitarios específicos (para mujeres, lactantes): Orientar a la paciente sobre programas de apoyo en su comunidad como asistir a consultas con nutrición en unidad de salud, brindar información y acompañar a consulta nutricional en edificio valencia.
	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos: Enseñar de manera práctica cómo lavar frutas y verduras correctamente, explicar por medio de un video la importancia de conservar alimentos refrigerados y recomendar evitar la reutilización de aceites para cocinar.

VALIDACIÓN Y DOCUMENTACION SEGÚN MURRAY Y ATKINSON

El presente plan de cuidados se documentó el día 19 de septiembre de 2025 y fue validado con la participación de la Licda. Karen Uto, asesora del proceso, y del jurado evaluador conformado por la Licda. Dalila Peña, Licdo. Tobías Rivas, Licda. Karla Vigil y la Licda. Telma Díaz. Durante la validación, se revisó el cumplimiento de los criterios propuestos por Murray y Atkinson, asegurando que el plan estuviera orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención, se apoyara en conocimientos científicos sólidos y cumpliera con las normas de recolección de datos, priorización de necesidades y formulación de diagnósticos y resultados esperados. (41)

Asimismo, se retomaron observaciones específicas relacionadas con el ordenamiento de las actividades del NIC y la interacción directa con la usuaria. El plan también fue validado con la participación activa de la señora K.A.G., a quien se le informó sobre las actividades programadas y aceptó voluntariamente participar en el proceso de atención.

EJECUCIÓN

La fase de ejecución se llevó a cabo conforme a los principios del modelo de autocuidado de Dorothea Orem, desarrollándose durante las fechas 27 de septiembre y 8 de octubre de 2025. En esta etapa se pusieron en práctica todas las intervenciones planificadas, dirigidas a fomentar una mejor ingesta nutricional y promover hábitos alimentarios saludables en la usuaria K.A.G.

Durante la ejecución se realizaron las siguientes acciones:

- Se brindó una charla educativa con apoyo visual (infograma), explicando la importancia de una dieta balanceada.
- Se revisó el menú semanal de la usuaria, identificando alimentos inadecuados y proponiendo sustituciones más saludables.
- Se orientó a la usuaria sobre la existencia de programas nutricionales comunitarios y los servicios disponibles en la unidad de salud.
- Se enseñaron técnicas seguras de manipulación y conservación de alimentos, complementando la enseñanza con un video educativo.

La usuaria participó activamente en las actividades educativas, demostró interés y disposición para modificar ciertos hábitos alimenticios y manifestó haber adquirido nuevos conocimientos sobre nutrición y seguridad alimentaria.

ACTIVIDADES	REACCIONES
<p>- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales.</p> <p>La intervención consistió en la realización de una charla educativa donde se utilizó un infograma con la pirámide alimenticia como recurso visual principal para explicar la importancia de mantener una dieta equilibrada, incorporando grupos alimenticios esenciales: frutas, verduras, cereales integrales, lácteos y proteínas.</p> <p>Durante la actividad, se destacaron los beneficios de una alimentación adecuada en la prevención de enfermedades crónicas y el fortalecimiento del sistema inmunológico. Para favorecer la comprensión y el aprendizaje significativo, se emplearon juguetes alimenticios simulados como herramienta visual, mediante los cuales la usuaria construyó un plato saludable y clasificó los alimentos según su valor nutricional y su impacto en la salud, diferenciando los saludables de aquellos que debía evitar por su alto contenido en grasas, azúcares o sodio. fomentando la participación activa, el aprendizaje experiencial y la</p>	<p>La usuaria mostró interés y atención sostenida durante la charla, participando activamente mediante respuestas a preguntas, comentarios y consultas personales. Demostró haber comprendido los conceptos clave, identificando con precisión los alimentos saludables y los no saludables, y relacionándolos con su propia dieta cotidiana. Expresó disposición y motivación para realizar cambios en su alimentación, manifestando su deseo de mejorar su peso y su bienestar general. Su participación evidenció una actitud positiva hacia el aprendizaje y un incremento en su conocimiento nutricional, reflejando un avance en su dieta.</p>

<p>autoevaluación, permitiendo que la enseñanza se adaptara al contexto y nivel educativo de la usuaria.</p>	
<p>- Proporcionar la selección de alimentos con orientación hacia opciones más saludables</p> <p>Se realizó junto con la usuaria una revisión detallada de su lista habitual de compras, identificando los productos que formaban parte de su alimentación diaria. A partir de esta revisión, se elaboró un listado comparativo entre alimentos que ella compraba frecuentemente como bebidas azucaradas, frituras y embutidos y alternativas más saludables y económicas, tales como agua pura, frutas frescas, verduras y carnes magras.</p> <p>Se fomentó la toma de decisiones informada, explicando cómo el exceso de grasas y azúcares puede interferir con la pérdida de peso y el bienestar general. Asimismo, se recomendó planificar las compras de manera consciente, evitando productos ultra procesados y priorizando preparaciones caseras, como alimentos sancochados, al vapor o asados, reduciendo el uso de aceite. La dinámica permitió que la usuaria visualizara su propio patrón alimentario y comprendiera la relación directa entre sus elecciones de compra y su estado nutricional.</p>	<p>La usuaria mostró gran interés y participación activa durante la revisión, reconociendo de manera espontánea los alimentos que contribuían a su aumento de peso o dificultaban su dieta. Comentó que al observar su lista de compras comprendió que muchos productos los adquiría por hábito, sin necesidad real, y expresó su compromiso de modificar su conducta alimentaria desde el acto de compra.</p> <p>Refirió que a partir de esta experiencia decidió sustituir refrescos por agua, incrementar el consumo de frutas y verduras, y preparar sus comidas con menos grasa, preferentemente sancochadas. Manifestó satisfacción y orgullo por poder identificar por sí misma los alimentos no saludables, afirmando que “si no lo compro, no lo cómo”, lo cual refleja un cambio consciente y autónomo hacia un autocuidado nutricional responsable.</p> <p>La sesión permitió observar una respuesta positiva, reflexiva y de empoderamiento, evidenciada en su intención de mantener los cambios aprendidos.</p>
<p>- Ayudar a la paciente a acceder a programas nutricionales comunitarios específicos.</p> <p>Se realizó una indagación guiada de recursos comunitarios, identificando junto con la usuaria los servicios de apoyo nutricional disponibles en su entorno, entre ellos la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marcos y el Edificio Valencia, donde se ofrecen</p>	<p>La usuaria manifestó poco interés inicial en asistir a las consultas nutricionales, expresando que no ha recibido antes una orientación personalizada y considera difícil desplazarse debido al cuidado constante de su hija menor, a quien teme exponer a enfermedades. Sin embargo, mostró disposición a recibir apoyo reconociendo el valor de la información</p>

<p>evaluaciones nutricionales a bajo costo. La orientación se desarrolló mediante una estrategia educativa dialogada, donde se explicaron los horarios, costos aproximados, beneficios y procesos de atención de cada centro. Además, se ofreció acompañamiento para la primera cita, con el fin de reducir la ansiedad o barreras de acceso. La intervención buscó fortalecer la autonomía en la gestión del autocuidado, promoviendo que la usuaria reconociera los recursos disponibles en su comunidad como parte de su red de apoyo en salud.</p>	<p>recibida y comentó que, considerar acudir al centro de salud comunitario para recibir orientación nutricional más específica.</p>
<p>- Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.</p> <p>Se realizó una demostración práctica sobre la limpieza adecuada de frutas y verduras utilizando agua y desinfectante natural (vinagre o cloro diluido), el almacenamiento correcto de alimentos refrigerados según su tipo, y la importancia de evitar la reutilización de aceites para prevenir contaminación cruzada y acumulación de grasas trans. Posteriormente, se utilizó infograma como refuerzo visual, lo que permitió consolidar el aprendizaje y promover la reflexión sobre sus prácticas cotidianas. La estrategia se basó en el principio de enseñanza activa, promoviendo la participación, el diálogo y la autoevaluación de sus hábitos alimentarios, favoreciendo la adopción de conductas seguras y sostenibles en el hogar.</p>	<p>La usuaria mostró gran interés durante la demostración, manteniendo atención constante y formulando preguntas relacionadas con la conservación de alimentos y el uso adecuado del refrigerador.</p> <p>Refirió haber aprendido nuevas técnicas de manipulación higiénica y manifestó su intención de aplicarlas en su hogar para mejorar la seguridad alimentaria de su familia.</p> <p>Su actitud receptiva y su participación activa reflejaron comprensión y motivación por mantener hábitos más saludables, lo que evidenció un avance significativo en su capacidad de autocuidado.</p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; background-color: #d9ead3;"> EVALUACIÓN </div>	
<p>La evaluación del plan de cuidados se realizó posterior a la ejecución, valorando los resultados NOC y las actividades NIC implementadas. Esta fase permitió determinar la eficacia y efectividad de las intervenciones aplicadas en relación con el diagnóstico de “Disposición para una mayor ingesta nutricional”. Se evidenció que la usuaria:</p> <p>- Comprendió los principios básicos de una dieta equilibrada, identificando los grupos de alimentos esenciales.</p>	

- Mostró capacidad para seleccionar opciones alimentarias más saludables, sustituyendo algunos productos altos en grasas y azúcares.
- Reconoció la importancia de las técnicas de higiene y conservación de alimentos para evitar enfermedades gastrointestinales.

En consecuencia, el resultado “Conocimiento: dieta saludable (NOC 1854)” mostró una mejoría significativa, pasando de un nivel ligeramente adecuado 2 a moderadamente/sustancialmente adecuado 4, cumpliendo así con el parámetro “Aumentar” establecido en la puntuación diana. El plan fue considerado efectivo, ya que se alcanzaron los objetivos educativos y conductuales propuestos, fortaleciendo el autocuidado nutricional de la usuaria. No se identificaron nuevos diagnósticos durante el seguimiento, por lo que no se requirieron modificaciones adicionales al plan inicial. Con base en los resultados alcanzados, se determina la finalización del plan de cuidados, evidenciando la efectividad de las intervenciones de enfermería.

Nota: Formato elaborado por Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docente de la carrera de Enfermería, Universidad de El Salvador, marzo 2018

3.3.2 PLAN DE CUIDADOS N.º 2

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO

NOMBRE COMPLETO: K.A.G

EDAD: 27 años. **DIRECCIÓN:** Colonia San Juan casa # 14C Santo Tomas.

DIAGNOSTICO ENFERMERO: Función sexual deteriorada

REQUISITOS AFECTADOS: Desarrollo

UBICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo Educativo

Función sexual deteriorada R/C Privacidad inadecuada, Miedo a la intimidad, Autogestión ineficaz del sobrepeso M/P Conductas sexuales alteradas, Busca confirmación de deseabilidad, Disminución del interés propio.

N O C	<p>Resultado: funcionamiento sexual</p> <p>Definición: integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y la función sexual a través de las etapas de deseo sexual, excitación y orgasmo, así como la satisfacción subjetiva.</p> <p>Dominio I: salud funcional</p> <p>clase B: crecimiento y desarrollo.</p> <p>Código: 0119</p> <p>N.º de pág.: 534</p>	<p>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO:</p> <p>Mantener: 2 Aumentar: 4</p> <p>4. INDICADORES:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Código</th> <th style="width: 40%;">Indicador</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td style="width: 10%;">Ningún conocimie nto</td> <td style="width: 10%;">Conoci miento escaso</td> <td style="width: 10%;">Conoci miento modera do</td> <td style="width: 10%;">Conoci miento sustanci al</td> <td style="width: 10%;">Conoci miento extensa</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador	Parámetros							Ningún conocimie nto	Conoci miento escaso	Conoci miento modera do	Conoci miento sustanci al	Conoci miento extensa			1	2	3	4	5
Código	Indicador	Parámetros																					
		Ningún conocimie nto	Conoci miento escaso	Conoci miento modera do	Conoci miento sustanci al	Conoci miento extensa																	
		1	2	3	4	5																	

011922	Comunica sus necesidades sexuales a la pareja.		X		X	
011911	Expresa interés sexual		X		X	
011924	Realiza actividad sexual si el entorno es propicio		X		X	
011916	Expresa aceptación de la pareja		X		X	

INTERVENCIONES PRIORITARIAS
INTERVENCIONES SUGERIDAS
INTERVENCIONES OPCIONALES

ACTIVIDADES

Asesoramiento Sexual

Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.

Dominio 3: Conductual

Clase R: Ayuda para el Afrontamiento.

Intervenciones y actividades

- Explicar a la usuaria al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual: Mejorar el conocimiento sobre la sexualidad dentro de la relación de pareja, promoviendo el contacto físico no sexual y abordando posibles barreras emocionales y físicas que puedan estar afectando la intimidad todo esto mediante una entrega educativa con ayuda visual de un rotafolio.
- Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual: Fomentar un espacio seguro y libre de juicios donde el paciente pueda expresar sus miedos y dudas sobre

N
I
C

Código: 5248 N.º de pág.: 101	la sexualidad, así como aprender sobre el funcionamiento sexual. La actividad está diseñada para mejorar la comunicación y reducir la ansiedad relacionada con el tema.
	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir las preguntas sobre la sexualidad explicando al paciente que muchas personas tienen dificultades sexuales: Ayudar al paciente a comprender que las dificultades sexuales son comunes y no deben ser motivo de vergüenza, proporcionando un espacio seguro para que haga preguntas y explore su comprensión sobre la sexualidad, a su vez solventar sus dudas mediante un círculo de diálogo.
	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda: Brindar al paciente información clara, accesible y adaptada a su situación sobre el funcionamiento sexual humano, con el fin de promover la comprensión, reducir temores y fomentar una vivencia más libre, informada y positiva de la sexualidad, mediante un afiche informativo.

VALIDACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SEGÚN MURRAY Y ATKINSON

El presente plan se documentó el día 19 de septiembre de 2025 y fue validado con la colaboración de la Licda. Karen Uto, tutora del proceso, y del jurado evaluador conformado por la Licda. Dalila Peña, Licdo. Tobías Rivas, Licda. Karla Vigil y la Licda. Telma Díaz. Durante el proceso de validación se retomaron observaciones relacionadas con la corrección de actividades del NIC, el ordenamiento de actividades con la usuaria y la organización del cuadro de intervención y reacción, asegurando coherencia entre diagnóstico, resultados e intervenciones.

Según los criterios descritos por Murray y Atkinson, la validación del plan permitió confirmar que éste se encontraba orientado a la solución de las respuestas humanas del sujeto de atención, que se fundamentaba en conocimientos científicos sólidos y cumplía con las normas para la recolección de datos, priorización de necesidades y formulación de diagnósticos de enfermería y resultados esperados. (42) La validación con la usuaria permitió involucrarla activamente en su proceso de autocuidado, favoreciendo su participación y sentido de responsabilidad respecto a las actividades educativas planificadas.

EJECUCIÓN

La ejecución del plan se realizó el día 27 de septiembre de 2025, aplicando las intervenciones establecidas en el plan de cuidados conforme a los fundamentos del modelo de Dorothea Orem. Durante esta jornada se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se explicó a la usuaria la importancia de la sexualidad como parte integral de la salud y bienestar, señalando que factores como enfermedades, medicamentos o estrés pueden afectar el funcionamiento sexual. Esta información se reforzó mediante un rotafolio.
- Se introdujeron preguntas sobre la sexualidad, destacando que las dificultades sexuales son comunes, con el fin de reducir la sensación de anormalidad y favorecer un diálogo abierto dentro de un círculo de conversación confidencial y seguro.
- Se promovió la verbalización de miedos y dudas, generando un espacio de confianza donde la usuaria pudo expresarse con libertad y recibir orientación adecuada.
- Se proporcionó información complementaria sobre el funcionamiento sexual y los cambios fisiológicos normales, a través de un afiche adaptado a su nivel de comprensión.

Durante la ejecución, la usuaria participó activamente, mostró interés y apertura, y manifestó sentimientos de alivio y comprensión al compartir sus experiencias. Expresó además su deseo de mejorar la comunicación con su pareja y aplicar lo aprendido en su relación.

ACTIVIDADES	REACCIONES
<ul style="list-style-type: none"> - Introducir las preguntas sobre la sexualidad explicando al paciente que muchas personas tienen dificultades sexuales. <p>Se creó un círculo de diálogo seguro donde la usuaria expresó sus pensamientos y emociones postparto sin temor a juicio. Se formularon preguntas de introducción sobre su actividad sexual, comunicación y apoyo emocional de su pareja, y se abordaron situaciones comunes que afectan la sexualidad, como estrés laboral y cuidado de los hijos. Se incluyeron ejemplos prácticos y retroalimentación activa para normalizar experiencias y fomentar empatía y autoaceptación</p>	<p>Al inicio, la usuaria se sorprendió al saber que muchas personas enfrentan dificultades sexuales, reconociendo que anteriormente pensaba que su situación era única. A medida que la conversación avanzaba, la paciente se identificó con las experiencias descritas, mostró mayor seguridad y comprensión de sus propios sentimientos. Durante el diálogo, relató que había retomado su vida sexual, que había expresado cómo se sentía ante su esposo y que él le explicó que sus dificultades eran producto del estrés laboral y la carga de responsabilidades del hogar, incluyendo la atención de su hijo mayor y el bebé recién nacido. La usuaria mostró apertura al hablar de sus emociones, expresó tranquilidad y agradecimiento por el espacio ofrecido, y manifestó que se sentía motivada para continuar explorando su sexualidad y fortalecer la comunicación con su pareja.</p>

<p>- Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.</p> <p>Se aplicó una entrevista individual guiada con validación emocional, creando un espacio privado y seguro. Se invitó a la paciente a reflexionar sobre su relación de pareja, temores y creencias, incluyendo miedo a que su esposo tuviera otra pareja y percepción de su cuerpo. Se proporcionó información sobre factores que afectan la sexualidad postparto, reduciendo ansiedad y aumentando confianza.</p>	<p>La usuaria se mostró nerviosa, con señales de ansiedad al abordar la temática sexual. Conforme avanzaba la conversación y percibía un ambiente de confianza, comenzó a relajarse, compartió que había retomado su vida sexual con su pareja y expresó cómo percibía su cuerpo tras el embarazo. Narró que había dialogado con su esposo, quien aclaró que su aparente desapego se debía al estrés por asumir la responsabilidad económica de mantener a la familia. La paciente manifestó disposición para mejorar la comunicación y fortalecer la intimidad, mostrando tranquilidad y apertura. Al finalizar, valoró la sesión como una oportunidad única para expresarse, sentirse escuchada y comprender que sus temores eran compartidos y normales.</p>
<p>- Explicar a la usuaria al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.</p> <p>Se implementó consejería con soporte visual de rotafolio, educación participativa sobre afecto, contacto físico no sexual y barreras emocionales y físicas. Se discutieron métodos anticonceptivos y prevención de infecciones, incluyendo uso de preservativo. La paciente recibió ejemplos prácticos y discusión guiada para transferir lo aprendido a la vida diaria.</p>	<p>La paciente observó con atención y curiosidad la información del rotafolio, mostrando interés por la información y sorpresa por la oportunidad de abordar estos temas con un profesional de manera abierta y sin juicios. Comentó que no todas las unidades de salud ofrecen consejería sobre sexualidad, lo que le generó alivio y confianza. Expresó que ha comenzado a aplicar las recomendaciones con su pareja, reconociendo nuevas formas de demostrar cariño y mejorar la comunicación en la vida cotidiana (ej. conversación sobre los hijos, gestos afectivos, mensajes verbales de cariño). Mostró disposición a transferir la información a su pareja, fortaleciendo la comprensión mutua y reduciendo tensiones por la carga familiar y el estrés. Al finalizar, manifestó satisfacción y gratitud por la claridad de la explicación y la oportunidad de aprendizaje.</p>
<p>- Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.</p> <p>Se realizó una consejería educativa individualizada mediante un afiche ilustrativo. Se explicaron cambios físicos y emocionales durante embarazo y posparto, influencia del estrés y la vida cotidiana sobre la función sexual. Se promovió expresión de emociones,</p>	<p>La paciente mostró gran interés durante la actividad, revisando con atención el afiche educativo y realizando varias preguntas sobre su funcionamiento sexual y su cuerpo postparto. Comentó con entusiasmo que la información le resultaba útil y esclarecedora, ayudándole a sentirse menos confundida y más consciente de los cambios de su cuerpo y emociones tras el embarazo. Manifestó comprensión de que sus inseguridades y temores</p>

<p>comunicación afectiva, contacto físico no sexual y aceptación corporal, reforzando que estrías, celulitis y sobrepeso son normales.</p>	<p>son normales y forman parte del proceso de retomar su vida sexual y emocional después del parto.</p> <p>A medida que avanzaba la sesión, la paciente se sintió tranquila y en confianza, logrando comunicar abiertamente sus inquietudes y emociones a su pareja. Al finalizar, mostró seguridad, satisfacción y agradecimiento, valorando el brochure como una herramienta práctica y educativa que le permitirá compartir la información con su esposo, mejorar la comunicación y fortalecer el vínculo afectivo. Refirió que ahora se siente capaz de aplicar los aprendizajes en su vida cotidiana y de abordar la sexualidad y la intimidad con mayor confianza y autoaceptación.</p>
<p>EVALUACIÓN</p>	
<p>La evaluación se realizó posterior a la ejecución del plan, con base en los indicadores NOC y las actividades NIC desarrolladas, verificando los avances respecto al diagnóstico “Función sexual deteriorada” (0019). Se observó una mejoría significativa en el resultado “Funcionamiento sexual” (NOC 0119), pasando de una puntuación inicial de 2 a una puntuación final de 4, alcanzando la puntuación diana establecida (“Aumentar”). Durante la valoración se determinó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La usuaria comprendió que no era la única con dificultades sexuales, lo que redujo su sentimiento de anormalidad y aumentó su seguridad emocional. - Expresó por primera vez sus miedos y dudas respecto a la sexualidad, generando alivio emocional y sensación de comprensión. - Reconoció el impacto de su estado de salud en su vida sexual y manifestó disposición a cuidar su cuerpo y fortalecer su relación de pareja. - La información visual y las estrategias educativas le brindaron claridad, tranquilidad y motivación para compartir lo aprendido con su pareja, mejorando la comunicación entre ambos. <p>No se identificaron limitantes durante la implementación. Por lo tanto, el plan fue efectivo y se consideró finalizado, ya que se cumplieron los objetivos propuestos y se alcanzó la puntuación diana establecida, evidenciando una mejoría sustancial en el conocimiento, aceptación y comunicación sexual de la usuaria. De esta manera, se da por concluido el proceso de atención de enfermería correspondiente a este diagnóstico.</p>	

Nota: Formato elaborado por Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docente de la carrera de Enfermería, Universidad de El Salvador, marzo 2018

3.3.3 PLAN DE CUIDADOS N°3

CENTRO DE SALUD COMUNITARIO

NOMBRE COMPLETO: K.A.G

EDAD: 27 años. **DIRECCIÓN:** Colonia San Juan casa # 14C Santo Tomas.

DIAGNOSTICO ENFERMERO: Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar

REQUISITOS AFECTADOS: Requisito universal: Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar

UBICACIÓN DEL SISTEMA DE ENFERMERÍA: Apoyo educativo

Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar R/C Dificultad para tomar decisiones, apoyo social inadecuado M/P Dificultad para mantener un ambiente confortable, Entorno desordenado, No solicitar ayuda para el mantenimiento del hogar

N O C	<p>Resultado: entorno seguro del hogar</p> <p>Definición: medidas físicas y acciones de protección para minimizar los factores ambientales que podrían causar una lesión física del hogar</p> <p>Dominio 4: conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase HH: seguridad</p> <p>Código: 1910</p> <p>N.º de pág.: 457</p>	<p>3. PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: 4</p> <p>Mantener: 2 Aumentar: 4</p> <p>5. INDICADORES:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Código</th> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Indicador</th> <th colspan="5">Parámetros</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Inadecuado</th> <th style="width: 10%;">Ligeramente adecuado</th> <th style="width: 10%;">Moderadamente adecuado</th> <th style="width: 10%;">Sustancialmente adecuado</th> <th style="width: 10%;">Completamente adecuado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>o</td> <td>o</td> <td>o</td> <td>o</td> <td>o</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Código	Indicador	Parámetros					Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado			o	o	o	o	o			1	2	3	4	5
Código	Indicador	Parámetros																										
		Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado																						
		o	o	o	o	o																						
		1	2	3	4	5																						

		191052	Limpieza de la vivienda		X		X	
		191049	Almacenamiento seguro de los alimentos		X		X	
		191046	Mantenimiento interno del hogar		X		X	
	INTERVENCIONES PRIORITARIAS INTERVENCIONES SUGERIDAS INTERVENCIONES OPCIONALES	ACTIVIDADES						
N I C	Asistencia en el mantenimiento del hogar Definición: Facilitar el mantenimiento de un entorno domiciliario limpio y seguro. Dominio 5: Familia cuidados que apoyan a la unidad familiar Clase X: Cuidados durante la vida N.º de pág.: 101 Código: 7180	Intervenciones y actividades <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las necesidades del mantenimiento del hogar: Realizar un recorrido por el hogar mediante una inspección visual general del domicilio para identificar las necesidades básicas del mantenimiento (limpieza, ventilación, orden, reparación de objetos, eliminación de acumulación de basura) y realizar una lista de priorización. 						
		<ul style="list-style-type: none"> - Implicar a la persona en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar: Organizar una sesión familiar breve donde la usuaria participe activamente proponiendo qué áreas requieren atención inmediata y qué actividades pueden distribuirse entre los miembros del hogar sin invadir la autoridad de la dueña de la vivienda 						
		<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio: Explicar mediante ejemplos prácticos cómo mantener el orden, ventilar adecuadamente, evitar objetos en el suelo 						

	que puedan causar caídas, y usar productos de limpieza de forma segura. Entregar un brochure sobre recomendaciones para mantener su hogar limpio.
	<ul style="list-style-type: none"> - Aconsejar la eliminación de todos los malos olores: Enseñar estrategias simples como desechar la basura diariamente, mantener recipientes cerrados, ventilar los ambientes, utilizar productos naturales (limón, bicarbonato, vinagre) para neutralizar olores, y realizar limpieza profunda periódica en áreas críticas como cocina y baño, mediante videos demostrativos.

VALIDACIÓN Y DOCUMENTACIÓN SEGÚN MURRAY Y ATKINSON

El presente plan se documentó el día 19 de septiembre de 2025, siendo validado con la colaboración de la Licda. Karen Uto, tutora del proceso, y con el jurado evaluador conformado por la Licda. Dalila Peña, Licdo. Tobías Rivas, Licda. Karla Vigil y la Licda. Telma Díaz, quienes realizaron observaciones relacionadas con el ordenamiento de las actividades del NIC y la organización de las intervenciones con la usuaria.

Se informó a la señora K.A.G. sobre las actividades planificadas, quien aceptó participar voluntariamente. De acuerdo con los criterios propuestos por Murray y Atkinson, la validación permitió comprobar que el plan estaba orientado a la resolución de las respuestas humanas relacionadas con las conductas ineficaces de mantenimiento del hogar, apoyado en fundamentos científicos sólidos, y que cumplía con las reglas para la recolección de datos, priorización de necesidades y elaboración de diagnósticos y resultados esperados. Asimismo, la aplicación del modelo de Dorothea Orem facilitó la participación de la usuaria en su propio autocuidado, promoviendo la adquisición de conductas más adecuadas para mantener un entorno doméstico limpio y seguro. (43)

EJECUCIÓN

La ejecución del plan de cuidados se realizó los días 27 de septiembre y 8 de octubre de 2025, bajo el modelo de Dorothea Orem, en la ubicación del sistema de enfermería Apoyo educativo. Durante la intervención, se ejecutaron las actividades planificadas dirigidas a fortalecer el autocuidado y las conductas adecuadas de mantenimiento del hogar.

Se realizó una inspección visual del domicilio, identificándose acumulación de basura, polvo y desorden en áreas como sala y cocina. Junto con la usuaria, se elaboró una lista de priorización de limpieza y organización. Posteriormente, se brindó orientación educativa sobre medidas de seguridad, uso correcto de productos de limpieza, ventilación del hogar y eliminación de riesgos domésticos, acompañada de un cartel informativo con recomendaciones sencillas y visuales. En la segunda visita, se reforzaron los temas tratados, verificando avances en el orden, ventilación y limpieza del hogar, así como la participación activa de los miembros de la familia en las tareas asignadas. La usuaria mostró compromiso, motivación y satisfacción al observar los cambios logrados, expresando que su entorno se mantenía más limpio y agradable, y que su suegra había aceptado colaborar en las actividades de orden y eliminación de objetos innecesarios.

ACTIVIDADES	REACCIONES
<p>- Determinar las necesidades del mantenimiento del hogar.</p> <p>Se realizó una inspección visual sistemática del domicilio en la sala, cocina y áreas críticas para identificar acumulación de basura, polvo, desorden y riesgos domésticos. Se realizó de forma directa con participación activa de la usuaria, quien junto al equipo elaboró una lista de priorización de limpieza para establecer metas claras por área. La metodología utilizada fue aprendizaje experiencial, permitiendo que la usuaria identificara los problemas y propusiera soluciones concretas. Esta actividad se llevó a cabo en el primer día de intervención.</p>	<p>Mostró receptividad y colaboración, reconoció las áreas que necesitaban atención y expresó interés genuino por mejorar el orden. Comentó que al visualizar los problemas comprendió la necesidad de establecer rutinas de limpieza, se sintió motivada a involucrar a su familia y manifestó seguridad para implementar los cambios de manera sostenida.</p>

<p>- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio.</p> <p>Se brindó orientación educativa demostrativa, utilizando un cartel informativo para explicar la prevención de caídas, el uso seguro de productos de limpieza y la eliminación de riesgos domésticos. La técnica consistió en demostraciones prácticas y participación guiada, fomentando que la usuaria observe, practique y realice preguntas sobre cada procedimiento. La metodología fue demostrativa-participativa, facilitando la integración del conocimiento. Esta actividad se realizó en un segundo día de visita.</p>	<p>Prestó atención, formuló preguntas pertinentes y demostró comprensión del contenido. Expresó disposición para aplicar los consejos, reconociendo la importancia de mantener un hogar seguro y evitando accidentes. Comentó sentirse motivada al observar recomendaciones claras y aplicables.</p>
<p>- Implicar a la persona en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar.</p> <p>Se organizó una sesión familiar participativa, donde la usuaria propuso áreas prioritarias y colaboró en la distribución de tareas. La técnica utilizada fue facilitación de diálogo estructurado, fomentando la toma de decisiones compartida. La metodología combinó aprendizaje activo y negociación de responsabilidades. Esta actividad se realizó en el tercer día, pero tuvo limitaciones, ya que la suegra de la usuaria no permitía cambios en ciertos objetos y no dejaba intervenir en algunas áreas de la casa.</p>	<p>Participó con entusiasmo y propuso ideas concretas, aunque expresó frustración ante la resistencia de la suegra para implementar cambios. A pesar de esto, valoró la oportunidad de decidir sobre su entorno y se mostró motivada para continuar mejorando las áreas donde sí podía intervenir.</p>
<p>- Refuerzo educativo.</p> <p>Durante la segunda visita, se aplicó la técnica de revisión participativa, observando los avances en limpieza, ventilación y disposición de mobiliario. La metodología fue retroalimentación guiada y refuerzo positivo, donde se evaluaron logros, se corrigieron errores y se motivó a mantener las acciones aprendidas.</p>	<p>Comentó “sentirse motivada por que la suegra comprendió que debe estar en un ambiente limpio y reconoció que su entorno era más ordenado y agradable”. Demostró compromiso con la continuidad de las acciones aprendidas, aunque en algunas áreas aún existían limitantes por la resistencia de la suegra a eliminar objetos innecesarios.</p>

<p>- Aconsejar la eliminación de malos olores.</p> <p>Se enseñaron estrategias mediante productos naturales (limón, vinagre, bicarbonato) para mantener un ambiente fresco. La técnica fue demostración práctica con participación directa de la usuaria, donde ella aplicó inmediatamente las recomendaciones y observó resultados tangibles. La metodología fue aprendizaje activo y experiencial. Esta actividad se realizó en el cuarto día, separada de las anteriores para reforzar conceptos.</p>	<p>Mostró agrado con las alternativas naturales, aplicó las recomendaciones y notó un cambio positivo en el ambiente del hogar. Comentó que los métodos eran prácticos y sostenibles, aumentando su motivación para mantener un entorno limpio y agradable de forma constante.</p>
--	--

EVALUACIÓN

La evaluación del plan de cuidados se realizó tras la segunda visita, considerando los indicadores del resultado NOC “Entorno seguro del hogar” (1910). Inicialmente, la usuaria presentó una puntuación de 2, lo que reflejaba conductas ineficaces de mantenimiento del hogar. Después de la implementación del plan, se observó una mejoría significativa, alcanzando una puntuación final de 4, lo que indica un entorno doméstico más seguro, limpio y organizado.

La usuaria comprendió las medidas necesarias para mantener la limpieza y seguridad en su hogar, aplicó las recomendaciones brindadas y se comprometió a mantener los hábitos adquiridos para prevenir recaídas. Durante la ejecución del plan, no se presentaron limitantes y las actividades fueron realizadas con participación y disposición constante por parte de la usuaria. Aunque se evidenció un 75 % de éxito en el cumplimiento de los objetivos propuestos, se recomienda continuar con el seguimiento periódico para reforzar las conductas positivas, asegurar la sostenibilidad de las mejoras alcanzadas, prevenir posibles retrocesos en el mantenimiento del entorno seguro del hogar y el apoyo mutuo familiar de actividades.

Nota: Formato elaborado por Licenciada Sandra Dalila Valiente de Peña, Docente de la carrera de Enfermería, Universidad de El Salvador, marzo 2018

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El principio de autonomía es la capacidad que tienen las personas de tomar sus propias decisiones, sean estas más o menos importantes. Hace referencia precisamente a esa capacidad de decisión, que no debe verse afectada por influencias externas, es uno de los pilares de la ética que decide el: “derecho del paciente o sujeto de estudio del autogobierno, de la elección de la atención y de aceptar o rechazar el tratamiento o de continuar siendo parte de un estudio.(44) Se obtuvo su consentimiento informado previo a la valoración, diagnóstico y ejecución de los planes de cuidados, asegurando que comprendiera los riesgos y beneficios de cada intervención. La usuaria decidió libremente participar y expresar sus opiniones, lo que fortaleció su sentido de autogobierno y responsabilidad en el autocuidado.

El principio de beneficencia es toda acción profesional es el de mejorar las condiciones de vida y de relación de los sujetos, incrementando el bienestar de las personas, grupos, comunidades e instituciones atendidas. (45) En la práctica, este principio se aplicó al diseñar intervenciones orientadas a mejorar la salud integral de la usuaria, promoviendo una alimentación saludable, hábitos de higiene, descanso adecuado y fortalecimiento de la comunicación con su pareja. Cada acción de enfermería fue planificada para generar resultados positivos, respetando las necesidades, capacidades y contexto familiar de la participante.

El principio de no maleficencia implica no hacer daño al paciente y constituye la “formulación negativa del principio de beneficencia” que obliga a hacer el bien. Mientras que, el principio de beneficencia requiere que el médico o investigador, actúe según el mejor interés del paciente o sujeto de estudio. (46) Durante la ejecución del plan de cuidados, se tomaron precauciones para garantizar la seguridad de la usuaria, evitando procedimientos invasivos o situaciones que pudieran generar incomodidad. Las actividades educativas se realizaron en un ambiente de respeto, empatía y confidencialidad, protegiendo su dignidad y promoviendo una relación terapéutica basada en la confianza y el apoyo.

El principio de justicia se refiere a respetar los derechos de las partes involucradas y tratarlas con el mismo respeto y consideración. (47) En este caso, se aplicó al ofrecer una atención imparcial, respetuosa y centrada en las necesidades reales de la usuaria, sin juicios por su condición de obesidad o situación socioeconómica. Se garantizó igualdad en el acceso a la información, al tiempo de atención y a los recursos disponibles, reconociendo su valor y derechos como usuaria del sistema de salud. Asimismo, se respetó la confidencialidad de los datos y la privacidad durante las visitas domiciliarias.

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 METODOLOGÍA

4.1.1 Tipo de investigación

El presente trabajo corresponde a un estudio de tipo cualitativo y descriptivo, ya que se centró en comprender la situación de salud de la usuaria desde su experiencia y entorno cotidiano. La investigación se desarrolló mediante el estudio de caso, permitiendo analizar de forma detallada sus condiciones físicas, emocionales y sociales. Durante el proceso, se realizaron visitas domiciliarias, entrevistas y observaciones directas que facilitaron identificar sus necesidades y planificar cuidados individualizados. Cada fase del Proceso Enfermero se aplicó de manera sistemática, documentando la evolución de la usuaria y los resultados obtenidos. Este tipo de enfoque permitió integrar la teoría con la práctica, fortaleciendo una atención humanizada y basada en la realidad de la paciente.

Lluís Codina en su artículo “Estudios de caso: características, tipología y bibliografía comentada” menciona que los estudios de caso son una metodología utilizada en casi todas las disciplinas, desde la medicina hasta el derecho, pasando por la economía y la sociología. Es también especialmente utilizada en comunicación social. Suele asociarse con métodos cualitativos, de forma acertada, pero admite un tratamiento con datos tanto cualitativos como cuantitativos. (48)

4.1.2 Selección de caso

La selección del caso se realizó considerando los criterios del curso especializado en Salud Sexual y Reproductiva, eligiéndose a una usuaria con obesidad grado I que es la base principal relacionada con su salud sexual y reproductiva. La elección se basó en la necesidad de brindar una atención integral que abordara no solo el aspecto físico, sino también los factores emocionales y sociales que influyen en su bienestar. La usuaria fue seleccionada por presentar alteraciones en su autoestima, en la percepción de su imagen corporal y principalmente en su vida sexual, situaciones que impactan directamente en su calidad de vida y en la relación de pareja. Además, se valoró su disposición a participar activamente en el proceso, compartir su experiencia y permitir el seguimiento de su evolución.

Este caso permitió analizar de manera profunda la interacción entre la salud sexual, la condición nutricional y el entorno familiar, facilitando la planificación de intervenciones de enfermería orientadas al fortalecimiento del autocuidado y la promoción del bienestar integral.

4.1.3 Técnicas e instrumentos

Para la recolección de la información se emplearon diversas técnicas e instrumentos que permitieron obtener datos objetivos y subjetivos, garantizando una valoración integral de la usuaria conforme a los lineamientos del modelo del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y las fases del Proceso Enfermero.

Para la recolección de información se aplicaron diferentes técnicas e instrumentos de manera directa durante el desarrollo del estudio de caso. La principal técnica utilizada fue la observación participante, mediante la cual se registraron las condiciones del entorno familiar y las conductas de la usuaria durante las visitas domiciliarias. Esto permitió identificar factores ambientales, emocionales y sociales que influían en su estado de salud y autocuidado.

También se empleó la entrevista estructurada, realizada en un ambiente privado y de confianza, donde la usuaria expresó libremente sus experiencias, percepciones y sentimientos relacionados con su salud, su imagen corporal y su vida sexual. Las preguntas se formularon con lenguaje sencillo y respetuoso, garantizando la comprensión y la comodidad de la participante.

Como instrumentos, se utilizaron la guía de anamnesis, guía de examen físico realizado a la usuaria, guía de valoración de los requisitos de Dorothea Orem y los formatos estandarizados del Ministerio de Salud, los cuales facilitaron la recolección ordenada de datos personales, familiares, clínicos y emocionales. Cada instrumento fue aplicado de forma individual y validado por el docente asesor antes de su uso.

Durante el proceso, se tomaron registros escritos y fotográficos (con consentimiento previo) para documentar las intervenciones y los avances observados en cada fase. Finalmente, la información recolectada se analizó de manera reflexiva, relacionando los hallazgos con las necesidades de autocuidado, los diagnósticos enfermeros y los resultados alcanzados

4.1.4 Recolección de información

La recolección de información se realizó de manera práctica y directa durante el acompañamiento a la usuaria, con el fin de conocer su situación de salud de forma integral. En

una primera etapa, se llevó a cabo la valoración inicial en el Centro de Salud Comunitario, donde se revisaron sus antecedentes médicos, controles prenatales y puerperales. Esta información permitió tener una visión general de su estado físico y antecedentes reproductivos.

Posteriormente, se efectuaron visitas domiciliarias que facilitaron la observación del entorno familiar y las condiciones en las que la usuaria desarrolla su vida diaria. Durante estas visitas, se identificaron aspectos como los hábitos alimenticios, la dinámica familiar, las condiciones del hogar y los factores emocionales que influían en su bienestar. Cada encuentro permitió establecer una relación de confianza, lo que favoreció que la usuaria compartiera con libertad sus pensamientos y experiencias sobre su salud, su cuerpo y su vida sexual.

Para registrar la información, se utilizaron instrumentos como la guía de anamnesis, la ficha de valoración según los requisitos de Dorothea Orem y los formatos de diagnósticos, resultados e intervenciones. Todo el proceso fue documentado con apoyo del equipo investigador y bajo la supervisión docente.

La información obtenida permitió comprender de manera más humana y completa la relación entre la obesidad y los cambios emocionales y sexuales de la usuaria, lo que sirvió de base para planificar los cuidados, promover el autocuidado y fortalecer su bienestar físico y emocional.

4.1.5 Proceso de validación de los planes de cuidados

La validación de los planes de cuidado se llevó a cabo de manera participativa, práctica y reflexiva, contando con el acompañamiento directo de los profesionales que supervisaron el desarrollo del estudio. Una vez elaborados los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería, estos fueron presentados para su revisión y análisis en conjunto con la MSP. Karen Lisette Uto de Polanco, docente asesora del proceso; la MSSR y Licda. Telma Lorena Díaz Méndez, coordinadora de proceso de grado; la Licda. Dalila Peña; el Licdo. Tobías Rivas; y la Licda. Karla Vigil.

Durante la validación se realizaron varias sesiones de trabajo en las que se discutieron los objetivos propuestos en cada plan, las actividades planteadas y la pertinencia de las intervenciones según las necesidades identificadas en la usuaria. Cada profesional aportó observaciones desde su área de experiencia, evaluando la coherencia entre la valoración inicial,

los diagnósticos NANDA y los resultados esperados NOC, así como la viabilidad de las intervenciones NIC en el contexto familiar y comunitario de la paciente.

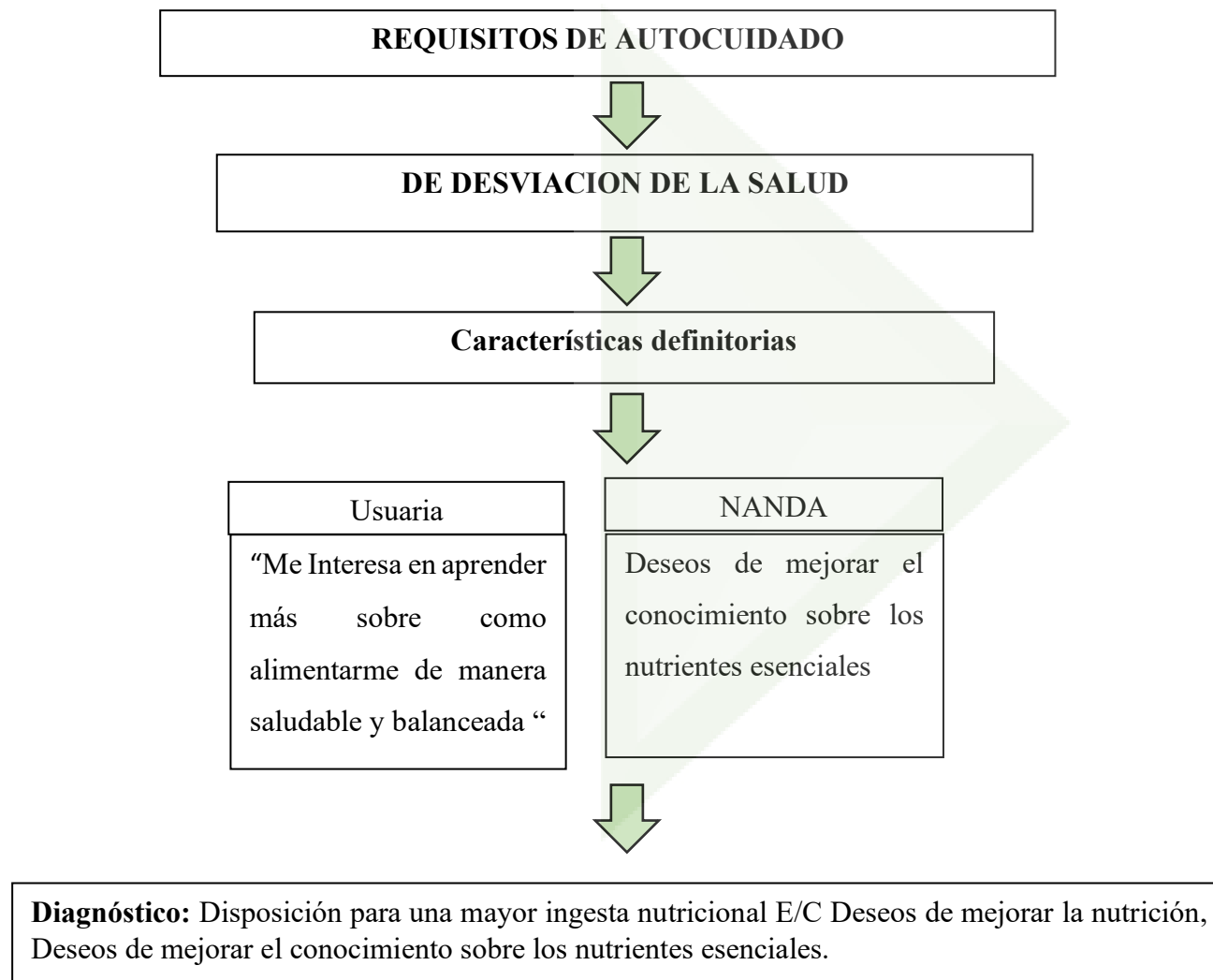
Las licenciadas enfatizaron la importancia de adaptar las estrategias educativas a la realidad sociocultural de la usuaria, fortaleciendo la orientación en temas de salud sexual, autoestima y hábitos de vida saludable. Además, se sugirió ajustar algunos indicadores de evaluación para reflejar con mayor precisión los cambios observados en la conducta y el autocuidado.

Posteriormente, el grupo investigador incorporó las recomendaciones realizadas, revisando la redacción de los diagnósticos y reformulando las actividades de enfermería para hacerlas más claras y medibles. Cada ajuste fue verificado nuevamente por los docentes asesores antes de su aplicación final.

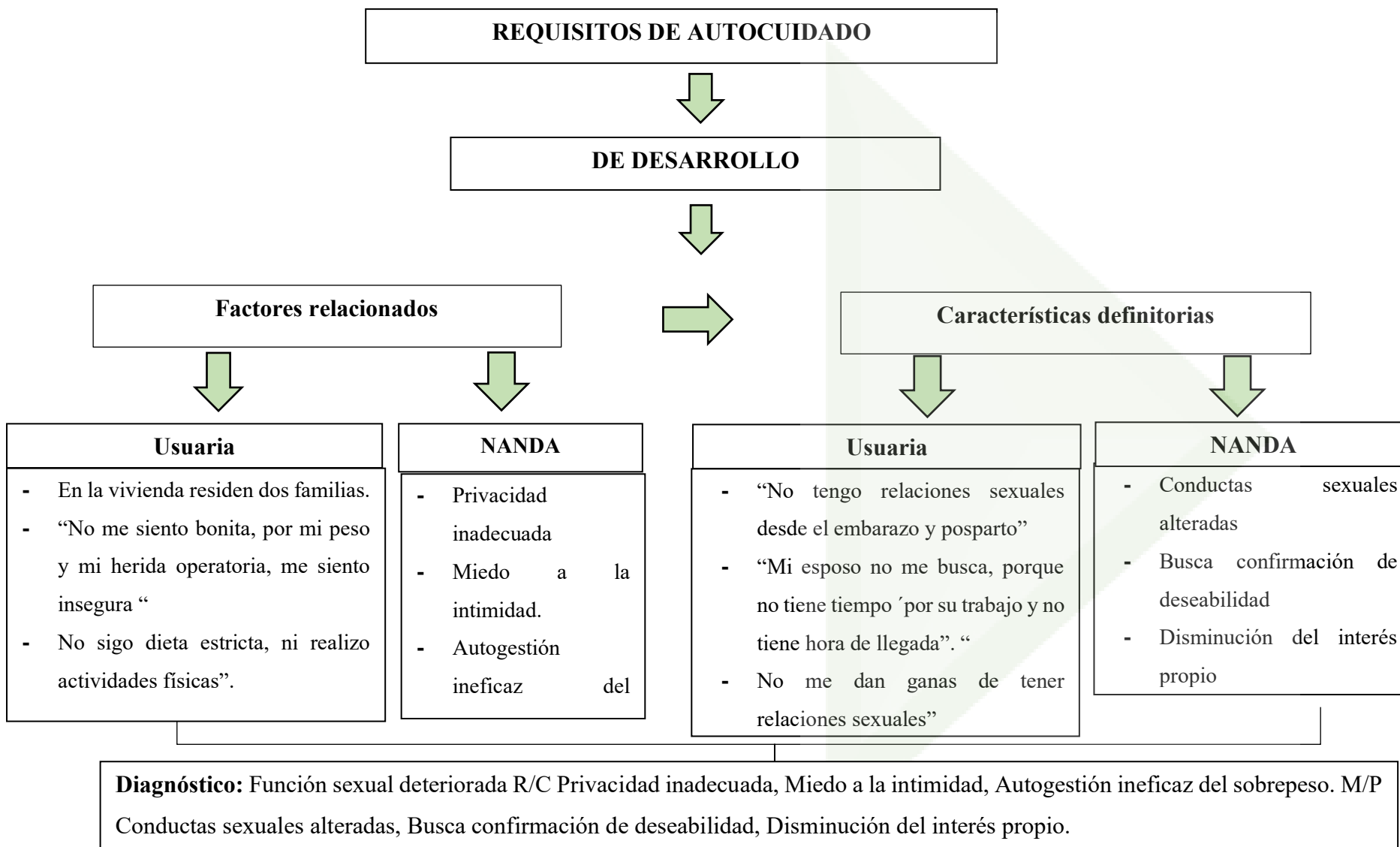
La validación concluyó con la aprobación de los tres planes de cuidados definitivos, los cuales fueron implementados en campo durante las visitas domiciliarias y sesiones de seguimiento. Este proceso permitió confirmar la coherencia metodológica, la pertinencia práctica de las intervenciones y la efectividad del plan en la mejora progresiva de la salud física, emocional y sexual de la usuaria.

4.1.6 Triangulación

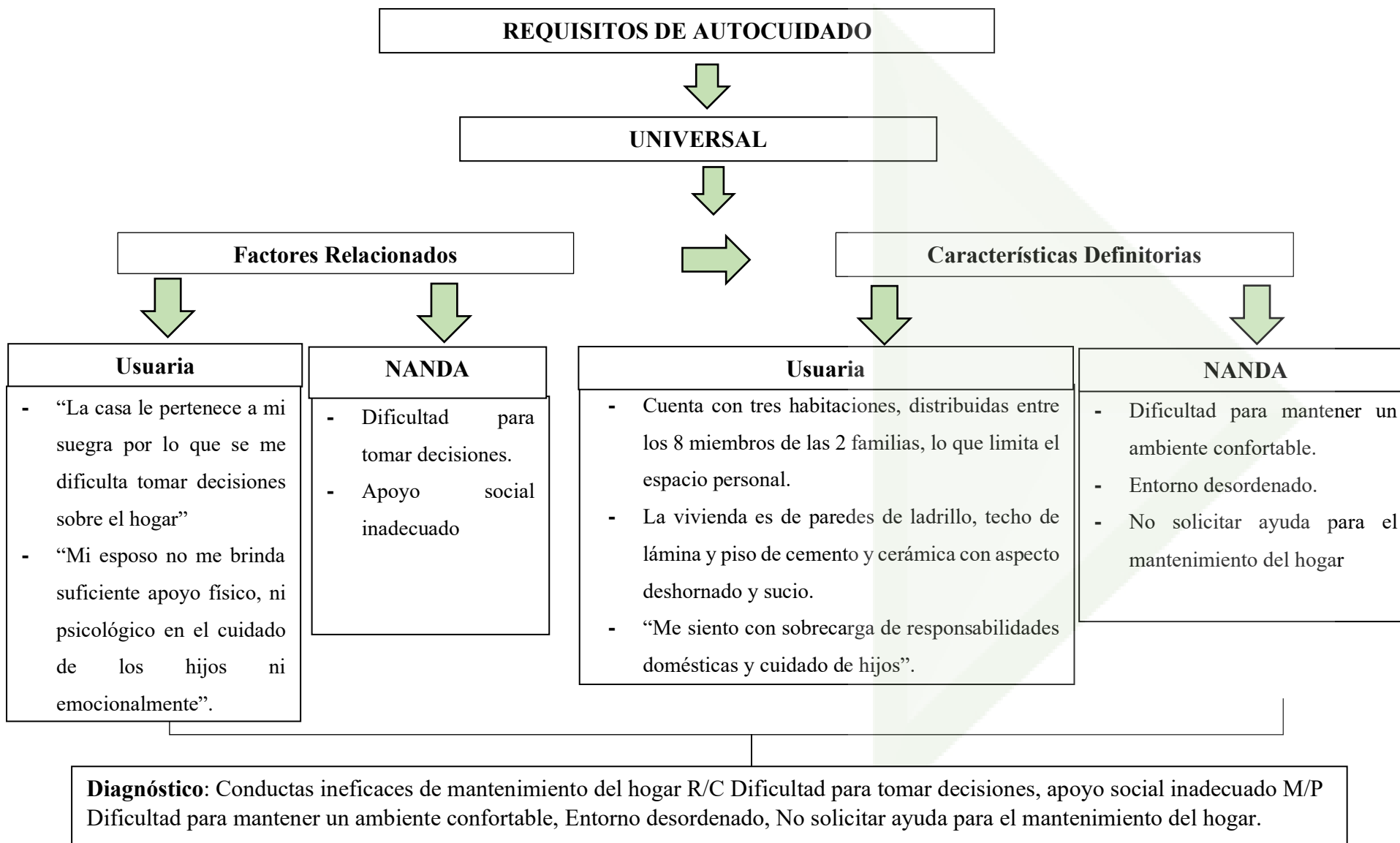
Triangulación de diagnóstico de promoción de la salud, disposición para una mayor ingesta nutricional



Triangulación de diagnóstico focalizado en el problema función sexual deteriorada



Triangulación de diagnóstico focalizado en el problema conductas ineficaces de mantenimiento del hogar



CAPITULO V: PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

5.1 RESULTADOS

Plan de cuidados 1 Disposición para una mayor ingesta nutricional: Antes de la implementación del plan, la usuaria presentaba hábitos alimenticios inadecuados, caracterizados por el consumo frecuente de frituras, alimentos procesados y escasa ingesta de frutas y verduras. Durante la valoración inicial, manifestó desconocimiento sobre la importancia de mantener una dieta equilibrada y saludable. Con la intervención educativa, que incluyó una charla utilizando un infograma de la pirámide alimenticia y orientación sobre la selección de alimentos nutritivos, la usuaria logró comprender la relación entre su alimentación y su bienestar general.

Al finalizar la intervención, que se desarrolló en dos fechas, se observó una notable mejora en la disposición de la usuaria para modificar sus hábitos, demostrando interés y compromiso en aplicar los conocimientos adquiridos. Los resultados obtenidos reflejaron un incremento del puntaje NOC de 2 a 4 en todos los indicadores, evidenciando que las metas establecidas fueron alcanzadas en un corto plazo.

			RESULTADO		
	Indicador		Puntuación Inicial	Puntuación Final	Evidencias observadas
185401	Objetivos dietéticos alcanzables.		2	4	La usuaria estableció metas realistas en cuanto a su alimentación y expresó comprensión sobre cómo lograr una dieta equilibrada. Manifestando consumo de alimentos bajos en grasa.
185406	Ingesta adecuada a las necesidades individuales		2	4	Aumentó la variedad de alimentos en su dieta, incorporando frutas, verduras y fuente de proteínas saludables
185423	Estrategias para evitar las grasas saturadas		2	4	Se observó reducción en el consumo de frituras y alimentos procesados, prefiriendo opciones más saludables.

Plan de cuidados 2 Función sexual deteriorada: Al inicio, la usuaria mostraba inseguridad para hablar con su pareja sobre temas relacionados con la sexualidad, lo que generaba distancia emocional y dificultades en la comunicación íntima. Se evidenció además una disminución del interés sexual y sentimientos de vergüenza al abordar temas íntimos. A través de la intervención educativa, que incluyó el uso de material gráfico informativo y una conversación guiada sobre la importancia de la comunicación sexual en la pareja, la usuaria fue capaz de expresar sus inquietudes y reconocer sus propias necesidades afectivas y sexuales.

Posterior a la ejecución del plan, la usuaria manifestó sentirse más segura, confiada y dispuesta a retomar su vida íntima. La puntuación de los indicadores NOC aumentó de 2 a 4, reflejando una mejora significativa en la comunicación, la aceptación personal y el fortalecimiento del vínculo con su pareja.

RESULTADO					
Código	Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Final	Evidencias observadas	
011922	Comunica sus necesidades sexuales a la pareja.	2	4	Expresó sentirse con mayor confianza para hablar con su pareja sobre lo que está viviendo, y manifestó su intención de compartir el cartel informativo para fortalecer la comunicación.	
011911	Expresa interés sexual	2	4	Comentó que ha retomado su intimidad con su pareja y mostró disposición a seguir fortaleciendo la relación, a pesar de los cambios corporales que percibe.	
011924	Realiza actividad sexual si el entorno es propicio	2	4	Indicó que ha vuelto a tener actividad sexual y que está trabajando en crear un ambiente de mayor conexión con su pareja, para mejorar su entorno íntimo.	
011916	Expresa aceptación de la pareja	2	4	Reconoció que hablar sin vergüenza ha influido positivamente en su relación de pareja y expresó gratitud por poder compartir esta experiencia con ella.	

Plan de cuidados 3 Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar: Previo a la intervención, la usuaria presentaba un entorno doméstico desorganizado, con acumulación de basura, mala ventilación y un inadecuado almacenamiento de los alimentos. Estas condiciones afectaban el ambiente familiar y representaban un riesgo para la salud. Durante la ejecución del plan, se le brindó orientación sobre limpieza básica, organización del hogar y medidas de higiene ambiental, además de acompañamiento práctico en la disposición y almacenamiento de los productos alimenticios.

Al concluir la intervención, se observó una transformación visible en las condiciones del hogar. La usuaria demostró haber adquirido conciencia sobre la importancia de mantener un ambiente limpio y ordenado, implementando rutinas semanales de aseo y ventilación. El puntaje final NOC aumentó de 2 a 4, evidenciando que la intervención fue efectiva en un corto periodo de tiempo.

RESULTADO				
Código	Indicador	Puntuación Inicial	Puntuación Final	Evidencias observadas
191052	Limpieza de la vivienda	2	4	Se observó notable disminución de desorden, eliminación de basura acumulada y limpieza periódica en áreas críticas.
191049	Almacenamiento seguro de los alimentos	2	4	Los alimentos fueron reubicados adecuadamente en estanterías limpias y cerradas, con separación de productos frescos y secos.
191046	Mantenimiento interno del hogar	2	4	La usuaria implementó rutinas de limpieza semanales, ventilación diaria y distribución de tareas domésticas.

5.2 DISCUSIÓN

El presente estudio de caso se centró en una usuaria con diagnóstico principal de obesidad grado I, a quien se aplicó el proceso enfermero basado en el modelo de Dorothea Orem, utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC como guía estructurada. La triangulación entre diagnósticos, intervenciones y entorno permitió una comprensión integral de los factores que influían en los patrones de autocuidado, facilitando la planificación de estrategias adaptadas al contexto físico, social y emocional de la paciente. Se identificaron tres áreas prioritarias: disposición para una mayor ingesta nutricional, función sexual deteriorada y conductas ineficaces de mantenimiento del hogar. Estas orientaron actividades educativas, motivacionales y de apoyo emocional implementadas de forma individualizada.

En relación con la alimentación, el diagnóstico de disposición para una mayor ingesta nutricional evidenció el interés de la usuaria por adquirir conocimientos sobre nutrientes esenciales y hábitos saludables. Las intervenciones de enfermería incluyeron charlas educativas, uso de infograma y dinámicas con materiales didácticos para construir platos balanceados e identificar alimentos no recomendados. La metodología activa y contextualizada fortaleció la comprensión y motivación de la paciente. La articulación entre NANDA, NOC y NIC permitió traducir la teoría en cambios observables, como la sustitución de refrescos por agua, el aumento en el consumo de frutas y verduras, y la preparación de comidas con menos grasa. El resultado NOC se incrementó de 2 a 4, reflejando una mayor disposición actitudinal hacia el autocuidado. Este progreso se explica desde la teoría del refuerzo de Murray y Atkinson, donde la motivación intrínseca y el reconocimiento positivo consolidan la adherencia al cambio (49, 50).

En cuanto a la función sexual, la paciente presentaba disminución del deseo, inseguridad corporal y necesidad de reafirmación emocional, relacionadas con su sobrepeso y la falta de privacidad. Las intervenciones se centraron en educación sexual, fortalecimiento de la autoestima, comunicación de pareja y acompañamiento emocional mediante consejería individual y apoyo visual. Gracias a la integración del entorno familiar, la usuaria logró comprender la normalidad de sus experiencias postparto, expresar sus temores y mejorar la comunicación afectiva con su pareja. El resultado NOC aumentó de 2 a 4, reflejando mayor confianza, apertura y aceptación corporal. El modelo de Orem permitió suplir los déficits de autocuidado hasta alcanzar autonomía parcial, mientras que la teoría del refuerzo explicó la consolidación del cambio conductual. (51)

En el ámbito del mantenimiento del hogar, se identificaron conductas ineficaces derivadas de la desorganización y el escaso apoyo familiar. Las estrategias educativas planificación de tareas, organización del espacio y prevención de riesgos favorecieron la autogestión y el control del entorno. El incremento del NOC de 2 a 4 evidenció un progreso sostenido en responsabilidad y orden. Estos resultados coinciden con estudios que demuestran que las intervenciones basadas en Orem mejoran la autoeficacia y la independencia en personas con sobrecarga doméstica. El análisis conjunto permitió reconocer que la interacción entre nutrición, sexualidad y entorno doméstico generó un efecto sinérgico: el fortalecimiento de la autoestima y la motivación emocional incrementó la adherencia a los hábitos saludables. La educación en salud sexual y reproductiva, junto con el acompañamiento personalizado, mejoró la comunicación de pareja y la autoaceptación; mientras que las acciones en el hogar y la alimentación aseguraron la sostenibilidad de los cambios.

Los resultados obtenidos los respaldamos la búsqueda de diversas investigaciones que confirman la efectividad del modelo de autocuidado de Dorothea Orem para promover la autonomía, la autoeficacia y la capacidad de gestión de la salud. La Universidad de Antioquia investigación y educación en enfermería en su artículo sobre efecto del modelo de Orem en la mejora de síntomas y calidad de vida en pacientes con enfermedades graves, demostraron que las intervenciones educativas sustentadas en dicho modelo incrementan significativamente la autoeficacia y la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, al promover una comprensión activa de su condición y fomentar la toma de decisiones informadas. (52) Este principio es totalmente deducido al abordaje de la obesidad y de los déficits de autocuidado en la mujer, pues la adquisición de conocimiento y el autorreflexión actúan como motores de empoderamiento y prevención.

De igual manera, Elizabeth Adams en su artículo sobre los cambios en el entorno alimentario del hogar y la ingesta dietética durante una intervención conductual para la pérdida de peso en adolescentes difieren según el estado de seguridad alimentaria destacando que el entorno físico y familiar constituye un factor determinante para la adherencia al autocuidado. Los autores subrayan que la reorganización del espacio doméstico, la planificación de las tareas y la incorporación de rutinas saludables facilitan la continuidad de los cambios conductuales iniciados durante la intervención profesional. (53) Esto se evidenció en la usuaria del presente estudio, quien, tras recibir orientación guiada, logró mantener una vivienda más ordenada, planificar su alimentación y reducir los factores de estrés asociados al desorden ambiental.

Iriarte, Cianelli y Fernández-Pineda en su artículo publicado en la universidad de Antioquia sobre autogestión multinivel en la investigación de enfermería, enfatizan que las estrategias de autocuidado deben implementarse desde una perspectiva multinivel, es decir, abordando al individuo, a la familia y a la comunidad de forma simultánea. Dicho enfoque garantiza que las modificaciones de conducta se sostengan a largo plazo y que los aprendizajes individuales repercutan positivamente en el entorno inmediato. (54) En el caso analizado, la inclusión de la pareja, los hijos y suegra en las actividades educativas actuó como un refuerzo social que fortaleció la adherencia y redujo la resistencia al cambio, validando el principio de corresponsabilidad planteado por Orem.

Por su parte, Taalab y Abdel-Ghaffar en la revista de enfermería de Menoufia comprobaron que la aplicación del modelo de Orem durante el periodo postparto incrementa la autoconfianza, la capacidad de afrontamiento y la adaptación al nuevo rol materno.(55) Estos hallazgos guardan relación con la experiencia de la usuaria, quien al mejorar su autoestima y comunicación sexual también desarrolló una percepción más positiva de su rol como mujer y madre, reforzando su equilibrio emocional y la integración del autocuidado en su vida diaria.

Por lo que, como investigadoras respaldamos la efectividad del plan de cuidados aplicando las intervenciones de enfermería basado en el modelo de Orem, apoyado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC. Se demostró ser una herramienta eficaz para promover el autocuidado integral de la usuaria, la combinación de estrategias educativas, acompañamiento emocional y adaptación al contexto social permitió consolidar cambios sostenibles en las dimensiones nutricional, sexual y doméstica. Este estudio valida la pertinencia del modelo y resalta el papel transformador de la enfermería en el fortalecimiento de la autonomía, el empoderamiento y la calidad de vida de la usuaria K.A.G.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

A lo largo del presente estudio se logró realizar una valoración integral de la usuaria K.A.G., identificando con claridad los factores que afectan su estado de salud y su capacidad de autocuidado. La aplicación del modelo de Dorothea Orem permitió comprender las necesidades reales y potenciales de la usuaria en sus dimensiones física, emocional, familiar y social, brindando una base sólida para la construcción del plan de cuidados.

El análisis e interpretación de los datos recolectados facilitó el establecimiento de diagnósticos enfermeros pertinentes, entre los que se incluyeron: disposición para una mayor ingesta nutricional, función sexual deteriorada, conductas ineficaces de mantenimiento del hogar. Estos diagnósticos reflejaron las principales dificultades que la usuaria enfrentaba en su vida diaria y permitieron priorizar las intervenciones según su impacto sobre el autocuidado y el bienestar general.

Los planes de cuidados elaborados se adaptaron a las particularidades de la usuaria, orientándose hacia el fortalecimiento de la educación nutricional, la mejora de la convivencia familiar, el apoyo en su salud sexual y reproductiva, y la promoción de un ambiente domiciliario más organizado y saludable. La ejecución de las intervenciones favoreció la participación activa de la usuaria y su familia, permitiendo la adquisición gradual de conocimientos, habilidades y actitudes para fomentar hábitos saludables y mejorar su calidad de vida.

Durante la evaluación continua del proceso se evidenciaron mejoras significativas en su estado de salud, así como una mayor comprensión de la importancia del autocuidado. No obstante, también se constató que el requisito de autocuidado más afectado fue el correspondiente a la desviación de la salud, específicamente el relacionado con la modificación del autoconcepto y la autoimagen. La usuaria manifestó sentimientos de insatisfacción corporal, baja autoestima y agotamiento emocional, los cuales influyeron de manera directa en otros ámbitos, como su vida sexual, la relación de pareja y la capacidad para mantener un ambiente doméstico adecuado.

Los hallazgos de este estudio evidencian la efectividad del proceso enfermero basado en Orem como herramienta científica y humanizada para promover el autocuidado, fortalecer la autonomía y favorecer la mejora continua de la salud integral de la usuaria.

6.2 RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Universidad de El Salvador

- Se recomienda fortalecer los programas académicos que promuevan la formación integral de los estudiantes de enfermería, incorporando más prácticas supervisadas en el área comunitaria y hospitalaria. Además, es importante brindar recursos y materiales actualizados que faciliten la aplicación del proceso enfermero y fomenten la investigación en temas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

A la carrera de Licenciatura en Enfermería:

-Se sugiere continuar impulsando la enseñanza del proceso enfermero como eje central de la formación profesional, promoviendo el uso de taxonomías NANDA, NOC y NIC de manera sistemática. También se recomienda integrar actividades de educación continua, talleres y proyectos comunitarios que permitan a los estudiantes aplicar sus conocimientos en contextos reales, fortaleciendo su capacidad crítica y su compromiso ético con el cuidado de las personas.

A los futuros profesionales de enfermería:

- Se recomienda mantener una actitud de compromiso, empatía y responsabilidad en el ejercicio de la profesión. Es fundamental que los futuros enfermeros continúen actualizándose y aplicando el proceso de atención de enfermería con base científica, priorizando la atención integral del paciente. Asimismo, deben fomentar la educación en salud, la prevención y el autocuidado como pilares esenciales para mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus comunidades.

6.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Bvsalud.org. [citado el 17 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/964686/41-48.pdf>
2. Self-care deficit nursing theory [Internet]. EBSCO. [citado el 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ebsco.com/research-starters/nursing-and-allied-health/self-care-deficit-nursing-theory>
3. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm Glob* [Internet]. 2010 [citado el 30 de octubre de 2025];(19):0–0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
4. Tyson K. Overview of Dorothea Orem’s self-care theory [Internet]. IntelyCare. IntelyCare, Inc.; 2024 [citado el 22 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.intelycare.com/career-advice/overview-of-dorothea-orems-self-care-theory-for-nurses/>
5. Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*. 2014. Disponible: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242014000600004&script=sci_arttext
6. Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89–100. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
7. Wikipedia contributors. Murray’s system of needs [Internet]. Wikipedia, The Free Encyclopedia. Disponible en: https://en.wikipedia.org/wiki/Murray%27s_system_of_needs
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, editores. *Diagnósticos de enfermería de NANDA International, Inc.: Definiciones y clasificación 2024-2026*. 13.ª ed. Nueva York: Thieme; 2024. Disponible en: <http://file:///C:/Users/win10/Downloads/NANDA.pdf>
9. Moorhead S, Swanson E, Johnson M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2024. Disponible en: <http://file:///C:/Users/win10/Downloads/NOC.pdf>

10. Wagner CM, Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Clarke MFCM, eds. Nursing Interventions Classification (NIC). 8ª ed. Elsevier; 2024. <file:///C:/Users/win10/Downloads/NIC.pdf>
11. salud OMdl. World Health Organization. [Online]; 2025. Acceso 5 de septiembre de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
12. Scielo.cl. [cited 2025 Sept 18]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182017000300226
13. SANITAS. ¿Cómo tratar la obesidad tipo 1? [Internet]. Sanitas. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/enfermedades-y-trastornos/sobrepeso-obesidad/tratar-la-obesidad-tipo-1>
14. Flickr S en. ¿Cómo se diagnostican el sobrepeso y la obesidad? [Internet]. <https://espanol.nichd.nih.gov/>. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/obesity/informacion/diagnostican>
15. StatPearls [Internet]. Psychological Issues Associated with Obesity. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK603747/>
16. Bates, J. N., Pastuszak, A. W., & Khera, M. (2019). Effect of body weight on sexual function in men and women. *Current Sexual Health Reports*, 11(1), 52–59. <https://doi.org/10.1007/s11930-019-00192-0>
17. The impact of obesity on reproductive health and metabolism in reproductive-age females. [Artículo en PubMed]. 2024. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38704081/>
18. Unicef.org. [citado el 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
19. (S/f). Unicef.org. Recuperado el 17 de octubre de 2025, de <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
20. Posturas y posiciones para amamantar [Internet]. Albalactanciamaterna.org. [citado el 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/claves-para-amamantar-con-exito/posturas-y-posiciones-para-amamantar/>
21. World Health Organization. Housing and health guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Jul 21]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>

22. ESSAP S.A [Internet]. Com.py. [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.essap.com.py/32217a53b4c76b11a4d967a6ff0dfc14/>
23. Inocuidad P. Hablando de higiene en la industria alimentaria [Internet]. Portaldeinocuidad.com. 2019 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.portaldeinocuidad.com/web/hablando-de-higiene-en-la-industria-alimentaria/>
24. Actividad física [Internet]. Who.int. [citado el 7 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
25. Pérez J. Soledad en la maternidad [Internet]. Dana app. 2022 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://dana-app.com/post/soledad-en-la-maternidad/>
26. Vista de obesidad: una epidemia en la sociedad actual. Análisis de los distintos tipos de tratamiento: motivacional, farmacológico y quirúrgico [Internet]. Proeditio.com. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/3209/HTML3209>
27. Ginecanes.es. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ginecanes.es/salud-intima-femenina/vaginosis-bacteriana>
28. Segal Y, Gunturu S. Psychological issues associated with obesity. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK603747/?utm>
29. Hurtado M. Falta de comunicación en la pareja: Claves para mejorar la conexión emocional [Internet]. AGS Psicólogos Madrid. 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.ags-psicologosmadrid.com/terapia-de-pareja/falta-de-comunicacion-en-la-pareja/>
30. Hospitals M. Fatiga posparto: síntomas, causas y plan de cuidados [Internet]. Medicoverhospitals.in. Team Medicover; 2024 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.medicoverhospitals.in/es/articles/postpartum-fatigue-symptoms-causes-remedies>

31. Rodrigo A. Sexo tras el parto: ¿hay pérdida de libido en el posparto? [Internet]. Reproducción Asistida ORG. 2023 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.reproduccionasistida.org/perdida-de-libido-en-el-posparto/>
32. Liu L, Qian X, Chen Z, He T. Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. BMC Public Health [Internet]. 2020;20(1):690. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08804-4>
33. Cambio climático [Internet]. Who.int. [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
34. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac médica espirituaana [Internet]. 2017 [cited 2025 Nov 10];19(3):89–100. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
35. ¿Qué es la adherencia al tratamiento? [Internet]. Mutuaterrassa.com. [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.mutuaterrassa.com/blogs/es/blog-neurologia/adherencia-tratamiento-ictus>
36. Martínez N, Connelly CD, Pérez A, Calero P. Self-care: A concept analysis. Int J Nurs Sci [Internet]. 2021;8(4):418–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.08.007>
37. Marceliano Hernández J de J, Escoto M del C, Cervantes-Luna BS, Castillo García NJ. Autocompasión, imagen corporal y conducta alimentaria en adolescentes: revisión sistemática. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2024; Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745024000817>
38. Díaz-Martínez M, Tovar MB, Torres AM. Estilos de vida y autoimagen en estudiantes de colegios oficiales en Chía, Cundinamarca. Pediatría [Internet]. 2015;48(1):15–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcpe.2015.03.001>
39. Pastor PP. La autoestima de las mujeres [Internet]. Mujeres para la Salud. 2016 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.mujeresparalasalud.org/la-autoestima-de-las-mujeres-2/>
40. Recomendaciones de la OMS sobre atención materna y neonatal para una experiencia posnatal positiva [Internet]. AlignMNH. AlignMNH Knowledge Hub; 2022 [cited

- 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.alignmnh.org/es/resource/who-recommendations-on-maternal-and-newborn-care-for-a-positive-postnatal-experience/?utm>
41. Marcos Espino, M. P., & Tizón Bouza, E. (2013). Aplicación del modelo de Dorothea Orem Gerokomos, 24(4), 168–177. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2013000400005>
 42. Meherali, S., Rehmani, M., Ali, S., & Lassi, Z. S. (2021). Interventions and Strategies to Improve Sexual and Reproductive Health Outcomes among Adolescents Living in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adolescents*, 1(3), 363–390. <https://share.google/NNNYDyBFAB0h7JP5>
 43. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía técnica de atención integral a la persona con sobrepeso y obesidad. San Salvador: MINSAL; 2016. <https://share.google/AeWsJInl6wLO56fN>
 44. Salud E de E en C. Principio de autonomía, uno de los más importantes de la bioética [Internet]. VIU Universidad Online. VIU España; 2021 [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/principio-de-autonomia-uno-de-los-mas-importantes-de-la-bioetica?utm>
 45. Psicológica É. Principio de Beneficencia [Internet]. *Eticapsicologica.org*. Ética Psicológica; 2018 [citado el 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/18-principio-de-beneficencia>
 46. Salud E de E en C. Principio de no maleficencia más allá de la medicina [Internet]. VIU Universidad Online. VIU España; 2021 [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/principio-de-no-maleficencia-mas-alla-de-la-medicina>
 47. Psicológica É. Principio de Justicia [Internet]. *Eticapsicologica.org*. Ética Psicológica; 2018 [citado el 11 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/20-principio-de-justicia>
 48. Codina L. Estudios de caso: características, tipología y bibliografía comentada [Internet]. Lluís Codina. 2023 [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.lluiscodina.com/estudios-de-caso/>
 49. Meherali S, Rehmani M, Ali S, Lassi ZS. Interventions and Strategies to Improve Sexual and Reproductive Health Outcomes among Adolescents Living in Low- and

- Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adolescents*. 2021;1(3):363–390. <https://share.google/XP9REhSsLYPHu4WdS>
50. Ministerio de Salud (MINSAL). Guía técnica de atención integral a la persona con sobrepeso y obesidad. San Salvador: MINSAL <https://share.google/PhSnSsDJIMCsc8oID>
51. Orem DE. *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. <https://share.google/wNRXxxuDCXbWXBfZd>
52. Jandaghian Bidgoli M, Jamalnia S, Pashmforosh M, Shaterian N, Darabiyani P, Rafi A. The effect of Orem self-care model on the improvement of symptoms and quality of life in patients with diabetes: A scoping review. *Invest Educ Enferm* 2024;42. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v42n1e08>
53. Adams EL, Caccavale LJ, LaRose JG, Raynor HA, Bean MK. Home food environment changes and dietary intake during an adolescent behavioral weight loss intervention differ by food security status. *Nutrients* 2022;14:976. <https://doi.org/10.3390/nu14050976>.
54. Iriarte E, Cianelli R, Fernandez-Pineda M. Multilevel self-management in nursing research: An approach to decrease health disparities in chronic diseases. *Invest Educ Enferm* 2023;41. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v41n2e10>.
55. Abd A, Farag E-A, Kassem I, Kassem A, Gamal AM, Seif E, et al. Dependent care: Applying Orem self-care theory. *EkbEg* n.d. https://menj.journals.ekb.eg/article_225860_a4336a61e7e0413bcea443a227a8435c.pdf

ANEXOS

Anexo 1: Cronograma

Objetivo: Organizar y ejecutar de forma planificada las actividades académicas y prácticas del curso especializado en salud sexual y reproductiva.

ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Encuadre para estudio de caso																																				
Recolección de dato																																				
Análisis e interpretación de datos																																				
Elaboración de diagnósticos enfermeros																																				
Elaboración de planes de cuidados																																				
Visitas a usuaria en su domicilio																																				
Asesorías de estudio de caso																																				
Validación y documentación de estudio de caso																																				

Anexo 2: Presupuesto

Objetivo: Determinar y distribuir de manera eficiente los recursos financieros, materiales y humanos requeridos para la ejecución del estudio de caso.

RECURSOS MATERIALES	UNIDADES	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Impresiones	500	\$ 0.05	\$ 25.00
Folders	10	\$ 0.25	\$ 2.50
Faster	10	\$ 0.15	\$ 1.50
Plumones	5	\$1.50	\$7.50
Lapiceros	16	\$0.20	\$3.20
Tijera	3	\$1.50	\$4.50
Pega	3	\$2.00	\$6.00
Pasajes de autobús para visitas domiciliarias	40	\$ 0.35	\$ 14.00
Pliegos de papel bond	5	\$ 0.40	\$ 2.00
Páginas de colores	40	\$ 0.10	\$ 4.00
Internet Prepago	16	\$2.10	\$33.60
Alimentación	16	\$ 5.00	\$ 80.00
Presente para la familia	2	\$15.00	\$30.00
Imprevistos	1	\$20	\$20.00
Total			\$233.80

Anexo 3: Guía de anamnesis aplicada a K. A. G

GUIA DE ANAMNESIS

I. DATOS DE IDENTIFICACION

Fecha: Miércoles 20 de Agosto del 2025

Nombre: K. A. G

Edad: 27 **Sexo:** Femenino **Estado civil:** Casada

Ocupación: Ama de casa

Procedencia: San Salvador

Dirección actual: Colonia San Juan casa # 14C Santo Tomas.

Escolaridad: Bachillerato

Fuente de información: Usuaría **Confiable** SI NO

II. CONDICION DE SALUD

Paciente femenina de 27 años, orientada en tiempo, lugar y persona. Refiere que actualmente se encuentra en periodo de puerperio tardío, posterior a una cesárea segmentaria transversa realizada a las 37 semanas de gestación. Manifiesta haber presentado una leve infección en la herida quirúrgica a nivel de los puntos de sutura, la cual fue tratada en la unidad de salud. Indica que su recién nacida se encuentra en buenas condiciones de salud y recibe lactancia materna exclusiva.

La paciente menciona que fue diagnosticada con vaginosis bacteriana durante el embarazo, tratada con metronidazol gel 0.75% por 7 días, refiriendo resolución del cuadro sin recurrencias posteriores. Refiere también que optó por realizarse esterilización quirúrgica como método de planificación familiar. Se encuentra en seguimiento nutricional debido a obesidad grado I, con peso actual de 73 kg y talla de 1.54 m, destacando variaciones de peso desde el embarazo (79.5 kg en la semana 30) hasta el posparto inmediato (77 kg) y la actualidad. Refiere no seguir actualmente una dieta específica ni realizar actividad física, justificando la falta de tiempo por el cuidado de sus dos hijos.

Refiere que actualmente se encuentra en periodo de puerperio tardío, posterior a una cesárea segmentaria transversa realizada a las 37 semanas de gestación. Refiere también que optó por realizarse esterilización quirúrgica como método de planificación familiar. Manifiesta haber presentado una leve infección en la herida quirúrgica a nivel de los puntos de sutura, la cual fue tratada en la unidad de salud

Refiere no seguir actualmente una dieta específica ni realizar actividad física, justificando la falta de tiempo por el cuidado de sus dos hijos, su dieta es variada, pero predomina el consumo de frituras y no sigue un plan alimenticio estructurado y comenta “Refiere “No sigo dieta estricta, ni realizo actividades físicas”.

Con su tiempo libre menciona “No me queda tiempo por los cuidados de mi bebé y mi hijo que requieren bastante tiempo”, “Cuido de mi hijo de 5 años y mi bebe con poco apoyo familiar”. Además de mencionar que no tiene actividades de recreación “No, por el momento no he buscado actividades de eso, paso ocupada más ahora con mi bebé que requiere mucho tiempo y de igual forma con mi hijo”.

Durante la entrevista se observa colaboradora, aunque con semblante decaído y desanimado. Expresa sentirse inconforme con su imagen corporal y manifiesta tristeza en ocasiones, señalando “no me siento atractiva ni bonita, me siento gordita por mi peso y por mi herida operatoria, me siento insegura, me siento sola”. Refiere sentirse con sobrecarga de responsabilidades domésticas y cuidado de hijos.

Además, refiere que su patrón de sueño es fragmentado, “Suelo dormir de 4 a 6 horas, con calidad regular debido a que me despierto frecuentemente por la lactancia”, además que refiere “Me despierto en varias ocasiones durante la noche”, “Siento que no descanso lo suficiente durante la noche”, “Siento cansancio constante y se me dificulta mantener mis actividades habituales”.

La paciente refiere, “Mi esposo no me brinda suficiente apoyo físico ni psicológico en el cuidado de los niños, ni emocionalmente, lo cual me incrementa el cansancio y la sobrecarga”. Refiere, “El casi no pasa en la casa ni con nosotros, sale temprano y no tiene hora de llegada”, “A veces la comunicación con mi pareja es limitada y en ocasiones conflictiva”.

Expreso, “Mi esposo no me busca, porque no tiene tiempo por su trabajo y no tiene hora de llegada”, “Mi esposo casi no participa en las actividades habituales en el cuidado de los niños y no tenemos mucha convivencia menos comunicación”, “No siento apoyo emocional en especial de mi pareja”. Asimismo, también refiere disminución de la libido desde el embarazo y posparto, lo que ha generado dificultades en su vida sexual y en la relación de pareja. Refiere “No me dan ganas de tener relaciones sexuales”, “No tenemos relaciones sexuales desde que estuve embarazada y después que tuve al bebe” Además comenta que el esposo no la busca, “Tengo disminución en lo que se trata de la libido desde el embarazo y posparto”.

Mantiene relaciones interpersonales limitadas: convive estrechamente con su familia, aunque menciona poco apoyo físico y emocional de su esposo. Además de mencionar, “Me siento sola y con poco apoyo social”, “Estoy inconforme con mi cuerpo y ya no interactué mucho con los vecinos”. Además, menciona que con respecto a su imagen tiene problemas, “No me siento capaz de afrontar lo que me pasa”, “No me siento bonita, por mi peso y mi herida operatoria, me siento insegura”, “Me siento triste

y decaída desde que tuve a mi bebe”, “Me siento triste y mis pensamientos sobre mí misma son en la mayoría negativos”, “Tengo temor a ser rechazada por su mi apariencia física y condición actual”.

“Estoy inconforme con mi imagen corporal y me siento triste en ocasiones, también que no me siento atractiva ni bonita, me siento gordita”, “Me siento encerrada y con aburrimiento”.

La vivienda es de paredes de ladrillo, techo de lámina y piso de cemento y cerámica. Cuenta con tres habitaciones, distribuidas entre los diferentes miembros de la familia, lo que limita el espacio personal. También refiere que la vivienda le pertenece a la suegra por lo que se dificulta tomar decisiones sobre el hogar. Cuenta con servicios básicos de luz, alcantarillado y agua potable, aunque este último con abastecimiento intermitente cada dos días y recalca “La casa le pertenece a mi suegra por lo que se me dificulta tomar decisiones sobre el hogar”

Con respecto a las responsabilidades del hogar y cuidados de sus hijos mencionaba, “Me siento sola para el cuidado y las responsabilidades del hogar”, “Me siento con sobrecarga de responsabilidades domésticas y cuidado de hijos”, “No tengo mucho apoyo mi familia en el manejo de mi situación actual”.

Señala que su fe en Dios es un apoyo fundamental que le brinda fortaleza en su vida cotidiana; sin embargo, reconoce que en los últimos meses ha reducido su participación por el cuidado de su bebé. Además, menciona “Asisto a la iglesia y brindo clases, sin embargo, en los últimos meses he reducido mi participación por el cuidado de mis hijos”.

SIGNOS Y SINTOMAS

- **Fecha en que se inició el problema:** Durante el embarazo y posterior al parto (diagnóstico de vaginosis bacteriana en mayo 2025, cesárea en junio 2025).
- **Forma en que apareció el síntoma:** Gradual x ____ Súbito ____
- **Características:** Refirió antecedentes de flujo vaginal anormal con diagnóstico de vaginosis bacteriana, y posteriormente presentó una leve infección en la herida quirúrgica de cesárea. Actualmente manifiesta cansancio frecuente, tristeza, inconformidad con su imagen corporal, y disminución de la libido.
- **Localización:** Herida operatoria (región abdominal baja, sitio de la cesárea); aparato reproductor (síntomas previos de vaginosis); y malestar general físico y emocional.
- **Intensidad o severidad:**
 - o Suave:
 - o Moderado: x
 - o Severo: ____

- **Tiempo:** Infección de herida poscesárea en primeras semanas posparto (resuelta). Persistencia actual de obesidad, fatiga diaria, fragmentación del sueño y alteraciones emocionales desde el posparto inmediato (2 meses de evolución).

EVOLUCIÓN

- **Tratamiento:** Metronidazol gel 0.75% por 7 días (durante embarazo para vaginosis bacteriana); seguimiento nutricional; esterilización quirúrgica posparto; consejería en salud puerperal. Actualmente sin dieta ni tratamiento farmacológico específico para la obesidad.
- **Mejoría:** Sí No
- **Empeoramiento:** Sí No
- **Estabilidad:** Sí No
- **Efecto de tratamiento:** Sí No
- **Otras observaciones:** Paciente refiere sentirse fatigada, con baja autoestima, disminución de la libido y poco apoyo por parte de su esposo, lo que influye en su estado emocional y en la percepción de su salud.

III. ESTILO DE VIDA

Composición familiar: La familia de la usuaria está conformada por su esposo de 28 años, sus suegros (de 52 y 73 años) y sus dos hijos: un niño de 5 años y una lactante de 2 meses.

- **Quienes firman la familia:** Su esposo y su suegro.
- **Edades:** 28, 52, 73, 5, 0 (2 meses) y la usuaria de 27 años.
- **Quienes conviven con la usuaria actualmente:** Su esposo, sus suegros y sus dos hijos.
- **Escolaridad:** Sabe leer y escribir. Nivel alcanzado: Bachillerato.
- **Rendimiento académico:** Bueno.
- **Deserción escolar:** No.
- **Trabajo que realiza:** Ama de casa (se dedica al cuidado de sus hijos).
- **Exposición a riesgos:** Sí. Presencia de gatos dentro de la vivienda (sin caja de arena), ventilación limitada en el hogar y exposición a calor ambiental.
- **N.º de horas dedicadas al hogar y cuidado de hijos:** Aproximadamente 8–10 horas diarias.
- **Estabilidad:** Sí No
- **Ingreso familiar (mensual o quincenal):** Depende del sueldo de su esposo, quien es empleado. La usuaria no trabaja actualmente.

- **Hábitos:**
 - Drogas: No
 - Alcohol: No
 - Cigarrillo: No
- **Dieta (Alimentos que come con más frecuencia):** Prefiere alimentos fritos, aunque refiere consumo variado de mercado y supermercado. No sigue una dieta específica.
- **Sueño:**
 - **N.º de horas:** 4–6 horas por noche, de forma fragmentada.
 - **Calidad del sueño:** Más o menos, refiere cansancio y fatiga durante el día.
- **Relaciones interpersonales (familiares, vecinos, amigos):**
 - **Familia:** Sí, mantiene convivencia con esposo e hijos, aunque refiere poco apoyo físico y psicológico de su pareja.
 - **Vecinos/amigos:** Sí, mantiene comunicación telefónica con su amiga de infancia únicamente sin embargo no tiene motivación a salir ni interactuar con otros vecinos y participa en la iglesia.
 - **Valoración general:** Buena.
- **Medio Ambiente:**
 - **Vivienda:** Propia.
 - **Características:** Paredes de ladrillo, techo de lámina, piso de cemento y cerámica. Ventilación limitada (solo 4 ventanas). Iluminación natural adecuada.
 - **Número de cuartos:** 3.
 - **Número de personas por cuarto:** En un cuarto 2, en el otro 4, y en el último 3.
- **Disponibilidad de servicios básicos:**

Agua: Sí No (aunque con abastecimiento intermitente cada 2 días).

Luz: Sí No

Alcantarillado: Sí No
- **Recursos del barrio:**

Centros de salud: Sí

Iglesia: Sí

Mercado: Sí x _

Transporte: Sí x _

Descripción del día típico:

Refiere que se levanta temprano para preparar el desayuno de su esposo antes del trabajo y del refrigerio de su hijo para que asista al kínder, sigue con el desayuno de ella que generalmente café con pan. Luego realiza labores del hogar como lavar ropa, limpiar la casa y atender a sus hijos. A las 11 de la mañana comienza a preparar el almuerzo, el cual suele servir al mediodía. Durante la tarde pasa ocupada en el cuidado de su bebé de casi dos meses y su hijo de 5 años, y en los momentos libres revisa el teléfono o mira televisión. Alrededor de las 6:30 de la tarde inicia la preparación de la cena y, tras atender a la familia, se queda viendo televisión, conciliando el sueño aproximadamente a las 9 de la noche. Refiere que duerme de 4 a 6 horas, de manera fragmentada, debido a la lactancia y al cuidado nocturno del bebé.

Aspectos educativos (conocimientos sobre su problema de salud, aspectos del cuidado de la salud que le gustaría que le enseñaran):

Manifiesta que los médicos le explicaron sobre los cuidados posparto y sobre la infección en la herida quirúrgica. Sin embargo, reconoce que no buscó más información sobre la vaginosis bacteriana ni sobre la obesidad, y que le gustaría recibir más orientación sobre cómo mejorar su alimentación, realizar actividad física adecuada durante la lactancia y aprender estrategias para mejorar su estado emocional y autoestima.

Aspectos espirituales:

- Se congrega en una iglesia evangélica local (Iglesia Casa de Pan).
- Grado de participación: activa, se desempeña como maestra de escuela dominical para niños, aunque reconoce que en los últimos meses ha reducido su participación por el cuidado de su recién nacida.
- Siente apoyo de Dios: Sí x _ No ____

Anexo 4: Examen físico en prosa de usuaria: M. A. M

Se realiza examen físico a usuaria M.A.M.G el día 20 de agosto del 2025, con fecha y lugar de nacimiento el día 27 de junio del 2025 en Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña”, de 53 días de nacida, de sexo femenino con dirección de residencia Final de sexta avenida sur, barrio candelaria apartamento 22C segunda planta Santo tomas.

Apariencia General

Usuaría con signos vitales: FC:81xmnts, FR: 41 rpm SATO2:99%, Tº:37, peso:2600 g, talla: 47cm. Edad aparente de 53 días, edad real 53 días es decir igual que la cronológica con una conformación normal simétrica. Aparentemente de buen aspecto y limpia, alegre, no se observan formaciones evidentes, no se observan alteraciones cutáneas llamativas.

Cabeza

Al momento de realizar inspección se observa cabeza simétrica de forma redonda, tamaño normal, se observa cabello simétrico, cabello color negro, no presenta parásitos, se muestra limpio, no hay presencia de hematomas, cabello fino, brillante, no hay presencia de seborrea ni cicatrices. No hay presencia de masas, implantación de cabello normal, no se observan hundimientos, fontanelas: anterior abierta de tamaño normal, posterior cerrada, no se observan abscesos.

Cara

Usuaría presenta cara de forma redonda, con volumen proporcional al resto del cuerpo, simétrica, se observa piel integra, color blanco, transpiración normal, no se observan cicatrices, vello facial de característica fino, no edemas. Se palpa pulso temporal, se evalúa VII par craneal (nervio facial) si hay movimientos simétricos de la cara durante llanto y expresión.

Ojos

Usuaría presenta buena implantación e integridad de cejas y párpados, simétricos se observa buena higiene de los bordes de los párpados, posición de los bordes de los párpados normal, rima palpebral sin anormalidades, las pestañas se observan con buena implantación simétricas, reflejo superciliar normal, eversión de párpados se visualiza glándulas lagrimales, conjuntiva palpebral normal coloreada, si hay presencia de humedad, si hay integridad de esclerótica de color blanco, si hay integridad de la córnea, si hay sensibilidad, iris se observa integro, pupilas de forma redonda simétricas, con reflejos de acomodación normal, reaccionan a la luz. Al palpar cejas, párpados, globo ocular y conducto lagrimal no se presentan masa ni se observan facies de dolor, no hay salida de secreciones.

Oídos

Se observan oídos simétricos con buena implantación, proporcionales al cuerpo, presentando color igual que el de la piel, con buena higiene; se presentan oídos firmes y con buena consistencia, no se

observan facies de dolor al doblar la pinna esta vuelve a su posición normal, con piel lisa, no hay salida de secreciones, no se realiza prueba de par auditivo debido a la edad de la usuaria.

Nariz

Se observa nariz con forma achatada, posición del tabique nasal recto y simétrico, proporcional a la cara color de piel blanca, tersa se observa mucosa nasal normal. A la palpación se encuentra recto, no se palpan masas, no crepitaciones, se observa permeabilidad de las fosas nasales, vestíbulo nasal normal, mucosa nasal normal con una integridad normal.

Senos paranasales.

A la inspección de los senos paranasales no se observan edemas, no se reportan hallazgos anormales, No se evalúa par olfatorio debido a la edad de la lactante.

Boca y orofaringe.

Aspecto facial normal limpio, si hay presencia de respiraciones, labios simétricos proporcional a la cara de color rosado, con humedad, no posee dientes debido a su edad, tamaño de la lengua simétrica con buena integridad, se observa sarro en poca cantidad, paladar de color normal, con movimientos normales, amígdalas normales de color rosado, no se evalúa par craneal: rama mandibular debido a su edad.

Cuello

Simétrico con un desarrollo muscular normal, no se presentan masas, se observan pulsaciones a nivel carotideo normales, no se presentan masas, pulso carotideo normal, fuerte y regular; se palpa la glándula tiroides normal, se observan movimiento de cabeza y hombros.

Tórax

Usuaria con estado nutricional normal con un peso al nacer de 2,600 gramos y con un peso actual de 3,490 gramos, desarrollo musculo esquelético normal, textura de piel lisa, simétrica e integra; con distribución de vello escaso, forma del tórax cilíndrico, con escapulas, clavículas, hemitórax y hombros simétricos. Tipo de respiración diafragmática con frecuencia de 41 respiraciones por minuto. A la palpación presenta sensibilidad, no presenta masas, con una temperatura normal de la piel, no se presentan anomalías.

Corazón

Se realiza palpación para ubicar el cuarto y quinto espacio intercostal izquierdo, línea hemiclavicular, localizar los focos aórtico y pulmonar, Se procede a auscultar los 4 focos cardiacos encontrándose normales con un ritmo regular y leve intensidad, no se encontraron soplos ni ninguna otra anomalía.

Mamas y axilas

Presenta piel blanca color uniforme, de tamaño igual, no se observan secreciones, ni eversión del pezón, areolas redondas y simétricas de color claro y uniforme.

Abdomen

Abdomen de color uniforme, no hay presencia de lesiones, contorno redondeado plano, con movimientos simétricos, con pulsación de aorta abdominal, peristaltismo presente de 23, ruido intestinal audible, no hay presencia de soplos arteriales, con ruidos peritoneales presentes, no hay presencia de masas, abdomen relajado.

Posición Estática

Se observa en decúbito dorsal con cabeza en ligera flexión, la usuaria es capaz de girarla hacia ambos lados y con inicio de control cefálico; el cuello se mantiene relajado con tono adecuado; los hombros en ligera abducción, brazos en semiflexión con manos que alternan entre puños cerrados y semiabiertos, llevando las manos a la boca o la línea media; la columna recta con cifosis fisiológica; caderas y rodillas en semiflexión con movimientos activos de pataleo; y pies en posición neutra con movimientos espontáneos de flexión y extensión, evidenciando un patrón más simétrico y con menor predominio de flexión.

Vascular Periférico

El llenado capilar menor de 2 segundos, pulsos periféricos palpables y simétricos (radiales, femorales y pedios), piel de aspecto rosado y tibia al tacto, buen estado hemodinámico.

Neurológico

Se observa movimientos espontáneos, amplios y simétricos en las cuatro extremidades. Los reflejos primitivos (succión, prensión palmar y plantar, moro y búsqueda) se encuentran presentes, aunque comienzan a atenuarse conforme avanza la maduración neurológica. En cuanto a la motricidad gruesa, inicia el control cefálico, logrando elevar la cabeza hasta 45° en decúbito ventral y girarla hacia ambos lados en decúbito dorsal. En la motricidad fina, alterna entre puños cerrados y manos semiabiertas, con reflejo de prensión palmar todavía presente, aunque menos intenso, y lleva ocasionalmente las manos hacia la boca o la línea media. A nivel de la respuesta a estímulos, reacciona a lo auditivo con sobresalto o búsqueda de la fuente sonora y, en lo visual, muestra fijación intermitente de la mirada y seguimiento parcial de objetos.

Anexo 5: Examen físico de usuaria K. A. G

Datos de identificación:

Nombre: K.A.G Edad: 27 años Sexo: Femenino

Dirección: Colonia San Juan casa # 14C Santo tomas.

Apariencia General: Durante la evaluación, la paciente presenta signos vitales dentro de parámetros aceptables: pulso de 86 latidos por minuto, temperatura de 36.5 °C, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y presión arterial de 125/80 mmHg. Su peso es de 73 kg y su talla de 1.54 metros, lo que da un índice de masa corporal (IMC) de 30.7, correspondiente a obesidad grado I.

A nivel general, se observa una constitución corporal obesa, con una edad aparente que coincide con su edad cronológica. Mantiene una postura recta y su lenguaje es claro y comprensible. En cuanto a su presentación personal, muestra poca higiene y cuidado. Durante la entrevista, se evidenció una actitud colaboradora, sin embargo, se observa decaída y desanimada.

Cabeza

La cabeza presenta forma redondeada, simétrica y de tamaño acorde a la constitución corporal. La distribución del cabello es uniforme y simétrica, con características de cabello grueso, brillante y en buen estado general. El cuero cabelludo se observa sucio, con presencia de caspa, sin signos de seborrea, y con falta de higiene. No se evidencian cicatrices ni alteraciones visibles en la superficie del cuero cabelludo. A la palpación, no se evidencian masas ni irregularidades en la superficie del cráneo. La implantación del cabello es normal y no se observan hundimientos ni deformidades en la estructura ósea de la cabeza.

Cara

A la inspección, la cara presenta forma redonda, simétrica y proporcional al resto del cuerpo. Se observan facies normales, sin alteraciones visibles. La piel se encuentra íntegra, sin presencia de lesiones por acné ni cicatrices. El vello facial es fino y distribuido de manera uniforme. No se evidencian movimientos involuntarios ni signos de edema.

A la palpación, la piel de la cara presenta temperatura normal y no se evidencia alteración en la sensibilidad. No se palpan masas ni anomalías, y el pulso de la arteria temporal es palpable. Al evaluar el VII par craneal (nervio facial), la paciente realiza adecuadamente diferentes tipos de muecas, lo que indica una función motora conservada. No se observa dolor ni tumefacción en las glándulas parótidas.

Ojos

A la inspección, las cejas presentan buena implantación, son íntegras, simétricas y se observan con adecuada higiene. Los párpados también se encuentran íntegros y simétricos, con bordes en posición normal, limpios y sin secreciones. Se evidencia ojeras visibles bilateralmente. Las pestañas muestran buena implantación y limpieza. La conjuntiva palpebral se observa coloreada de forma normal, íntegra y sin presencia de cuerpos extraños. No se evidencian signos de pterigion. La esclerótica está íntegra y sin alteraciones visibles. El iris presenta color café oscuro, con integridad estructural preservada. Las pupilas son redondas, isocóricas y simétricas, sin anomalías aparentes. Responden adecuadamente a la luz, demostrando percepción luminosa normal. A la palpación no se detectan masas ni se reporta dolor.

Oídos

A la inspección, los oídos se observan íntegros, simétricos y de tamaño normal, con buena higiene. A la palpación, presentan consistencia adecuada, sensibilidad normal y movilidad sin alteraciones. Se realiza prueba de audición de susurro y chasquidos con resultados normales.

Nariz

A la inspección, la nariz externa se observa ligeramente achatada, de tamaño proporcional al rostro y con el tabique en posición recta y simétrica. La piel que la recubre se encuentra íntegra, sin presencia de cicatrices ni lesiones. Las fosas nasales son permeables y presentan sensibilidad al tacto, sin evidencia de crepitaciones ni masas. El vestíbulo nasal se visualiza normal y el tabique nasal mantiene su simetría sin desviaciones aparentes.

Senos paranasales

El tabique nasal se encuentra en posición normal, sin desviaciones ni signos de edema, se evalúa I par olfatorio con prueba de olores los cuales fueron identificados como agradables y desagradables sin anormalidades, sin presencia de dolor.

Orofaringe

El aspecto facial es normal, con labios simétricos, de tamaño proporcional al rostro y color rosado, sin alteraciones visibles. La mucosa oral presenta un color normal y se encuentra íntegra. No se observa presencia de caries en piezas dentales inferiores, mientras que las encías muestran una apariencia general conservada. La lengua es simétrica, de tamaño adecuado y con movilidad preservada. El paladar se visualiza ligeramente blanquecino, pero con movimiento normal.

V par craneal

Rama mandibular, aprieta y muerde con fuerza normal.

XII par hipogloso

Realiza movimientos linguales con movilidad y coordinación normal.

Evaluación del VII par craneal

La usuaria es capaz de sonreír y levantar las cejas de forma simétrica, puede fruncir el ceño, inflar las mejillas y cerrar los ojos con fuerza de manera adecuada, sin evidencia de debilidad facial, reconoce los sabores dulces, salado, ácido, amargo.

IX glossofaríngeo y X par vago

Presenta capacidad de deglución conservada y reflejo nauseoso presente. La lengua realiza movimientos normales en todas las direcciones: hacia arriba, abajo y a los lados. La tráquea se encuentra en posición central y simétrica, sin evidencia de masas a la palpación.

Cuello

A la inspección, la piel del cuello no presenta hiperpigmentación, lesiones ni cicatrices. La región cervical es simétrica y no se observan masas anormales. Se evidencian pulsaciones vasculares normales. El paciente realiza los movimientos de flexión, extensión, rotación e inclinación del cuello de forma adecuada y sin limitaciones. A la palpación, el cuello presenta temperatura normal y pulso carotídeo regular. Las glándulas tiroideas se encuentran de tamaño normal, sin masas ni nódulos palpables, XI par accesorio normal al movimiento de cabeza y encogimiento de hombros, realizándolo a ambos lados.

Tórax

Se observa un desarrollo muscular esquelético normal. El estado de la piel es íntegro, con una textura lisa y una distribución escasa de vello. El tórax presenta una forma elíptica, con escápulas y clavículas simétricas. Ambos hemitórax son simétricos, al igual que los hombros. La respiración es de tipo torácico, con ritmo regular y profundidad normal. A la inspección de la columna vertebral, no se evidencian deformidades; no presenta cifosis, lordosis ni escoliosis. A la palpación del tórax, se evidencia sensibilidad normal, sin presencia de masas. La temperatura es normal y la textura de la piel se encuentra dentro de los parámetros esperados. El frémito vocal está presente. A la percusión, se obtiene un sonido resonante, y en la auscultación se escuchan ruidos pulmonares finos y roncós.

Corazón

La inspección y palpación del área precordial, se observa y se palpa el punto de máximo impulso (PMI) a nivel del ápex cardíaco, lo cual se encuentra dentro de los parámetros normales. Se auscultan los cuatro focos cardíacos (aórtico, pulmonar, tricúspide y mitral), sin hallazgos patológicos. Los ruidos cardíacos

se perciben normales en intensidad, tono y ritmo, sin presencia de soplos, desdoblamientos ni otros ruidos anormales.

Mamas y axilas

A la inspección, la piel de ambas mamas se encuentra íntegra, con coloración uniforme y sin lesiones. El tamaño de las mamas es simétrico, sin presencia de retracciones ni alteraciones visibles. Las areolas son redondas, de color homogéneo, y no se observan glándulas sebáceas prominentes. Los pezones son redondos y de características normales. En general, los hallazgos son compatibles con la normalidad. A la inspección, los pezones se encuentran invertidos de forma bilateral, sin presencia de secreciones. No se palpan ganglios linfáticos en las regiones axilares. Tampoco se identifican áreas dolorosas ni masas palpables en las mamas.

Abdomen

Usuaría con estado nutricional obesa a la inspección, el abdomen presenta coloración uniforme, sin lesiones ni alteraciones visibles en la piel. Se observa una cicatriz quirúrgica suprapúbica correspondiente a cesárea, de apariencia cicatrizada y sin signos patológicos. El contorno abdominal es plano con tendencia redondeada, y los movimientos respiratorios son simétricos. La auscultación abdominal, se escuchan ruidos intestinales audibles, con presencia de ruidos peritoneales, lo cual indica actividad gastrointestinal. A la palpación superficial, el abdomen está relajado, sin dolor ni masas palpables.

Musculo esquelético

A la inspección, se observa simetría en la estructura músculo-esquelética. La marcha es normal, al igual que la postura estática, la cual se mantiene simétrica. El paciente presenta una adecuada higiene general. La cabeza y el cuello se encuentran en posición normal, sin desviaciones. Hombros, clavículas y escápulas simétricos y en alineación adecuada. La columna vertebral presenta curvaturas normales, sin signos visibles de desviación. Los miembros superiores e inferiores se encuentran en posición anatómica normal, sin alteraciones visibles. Las caderas son simétricas y no se evidencian disimetrías.

A la palpación superficial, la temperatura cutánea es normal. La piel presenta características trigüeñas. El tono muscular es adecuado, sin presencia de dolor, edema ni signos inflamatorios.

Vascular periférico

A la inspección, no se observan signos de cianosis, varices ni úlceras en las extremidades. A la palpación, no se reporta dolor en extremidades inferiores. El llenado capilar es adecuado y los pulsos periféricos están presentes y simétricos. No se identifican signos clínicos de tromboflebitis.

Neurológico

La esfera mental, la usuaria se encuentra alerta y con nivel de conciencia conservado. Presenta orientación en tiempo, espacio y persona. El juicio está preservado y acorde con la situación evaluada. En el examen sensitivo, se evidencia sensibilidad al tacto fino en zonas corporales simétricas, sin alteraciones. El paciente percibe adecuadamente estímulos dolorosos y térmicos, lo que indica una sensibilidad superficial conservada.

Pruebas de equilibrio y coordinación

En cuanto a la coordinación y el equilibrio, la usuaria camina en línea recta sin dificultad ni pérdida del equilibrio. La prueba de Romberg es negativa: al colocarse de pie con los pies juntos y los brazos a los lados, no se observa inestabilidad ni oscilación significativa.

Anexo 6: Fotografías de Visita domiciliar realizada el día 20 de agosto del 2025 para recolección de datos.

6.1 Cartilla de vacunación y datos de alta hospitalaria

HOSPITAL NACIONAL SALAVINA
TARJETA DE REFERENCIA

Dra. Mariela Alejandra Velasco Pablinaz
DOCTORA EN MEDICINA
UVTM - No. 22383

PACIENTE	Muñoz	Comez	Meloni Alexander	270620751513
	1er Apellido	2do Apellido	Nombres	Expediente No
PABELLON	Pedro de HNS			
SE REFIERE A	UCSF para inscripción neonatal en 24 horas			
DIAGNOSTICO	RN de 37 semanas x Ballard + adecuado peso y talla			
FECHA	29/06/25			

HOSPITAL NACIONAL SALAVINA
UNIDAD DE MEDICINA NEONATAL
NEONATOLOGIA

HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y MEDICINA FAMILIAR
"DR. JOSÉ ANTONIO BALDARÁ"

MINISTERIO DE SALUD
P.O. Box 10000, San Salvador, El Salvador, Tel. 2224 4000 Fax. 2224 4000
E-mail: hospitalnacional@nigsa.com - web: hospitalnacional.com - telemedicina.hospitalnacional.com

HOJA DE EGRESO HOSPITALARIO

Fecha, Hora: 29/04/25 N° Expediente Hospitalario: 9256-19
Hospital: Hospital Nacional Saldara
Nombre del Paciente: Katherine Alejandra Gamal Navarro Sexo: F Edad: 27
Fecha de Ingreso: 27/04/25 Fecha de egreso: 29/04/25
Diagnóstico al ingreso: Embarazo de 36 3/4 semanas, más preeclampsia sin signos de gravedad de la mamá gestación anterior.

Historia clínica al ingreso: Katherine de 27 años G3P1U0M0T1 fue 15/10/24 FAP 22 Julio 25 embarazada 36 0/3 semanas edad gestacional 36 2/3 por vía de 102 kg semanas con 23 1/2 TBS, escurrida de USI con Marcano para preparar cesárea por lesiones en cervix al momento refiere haber percipido movimientos fetales a esta 3/4 hidrónimo, salud de tórax normal, cefalica, ausculto, respirar.

Antecedentes personales contributivos:
Medicos: NO contributivos
Quirurgicos: CBT por preeclampsia 2019.
Allergicos: NO contributivos

Datos contributivos al examen físico: Normocraneo, QD PLEVA bello simétrico, tórax auscultado (expansión costal, pulmones) timpales y ventilados; CURB no depleto, mama simétrica (erect) salida de areolas, abultamiento blando y depresible, areola sensible para 200g HOP sellado con areolas secas y limpias, GE en logros, escudo, no frotado, extremidades

Evaluación clínica: normotónica, normotrofica.
Satisfactoria EIU - femenino Peso: 2,600 Talla: 47 PC: 33.0

Exámenes complementarios contributivos (Incluir Estudios Patológicos: Biopsias, Citologías, etc.):
GR: 344. Plaquetas: 183
Hb: 10.2 Gb: 9.62
Htt: 29.2 Neut: 75%

Tratamiento médico/quirúrgico: Ketorolaco 60mg EV c/8hrs, Nitrogliserina con EV c/8hrs, Simeticona 40mg VO c/8hrs, enoxaparina 40mg SC c/12hrs post quirúrgica, Labetalol 20mg EV qd, magnesio de sulfato.

Complicaciones: Preeclampsia con signo de gravedad (cefalalgia náusea) el 27/04/25

Diagnóstico al egreso: Atención materna por cesárea uterina debido a cirugía previa 034.2 + EQB.

Plan de manejo: Alta. Recomendaciones de signos y síntomas de alarma, control 3 y 40 días post parto, cita en consulta externa con dra. Villatoro para seguimiento exámenes de seguimiento al alta.

Firma y Sello de Médico responsable: **Dra. Laura Patricia Miranda Azucena**
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 24515

CONSTANCIA DE PERMANENCIA HOSPITALARIA

Los Planos de Remedios, San Salvador, El Salvador, C.A.

SERVICIO: Obstetricia Fecha de Alta: 29/04/25

Nombre: Katherine Alejandra Gamal Navarro Sexo: F Edad: 27
Residencia: U.R. colonia el corral pie 1 casa 8-B.
Residencia: Doméstica (Institución o Médico y Lugar)

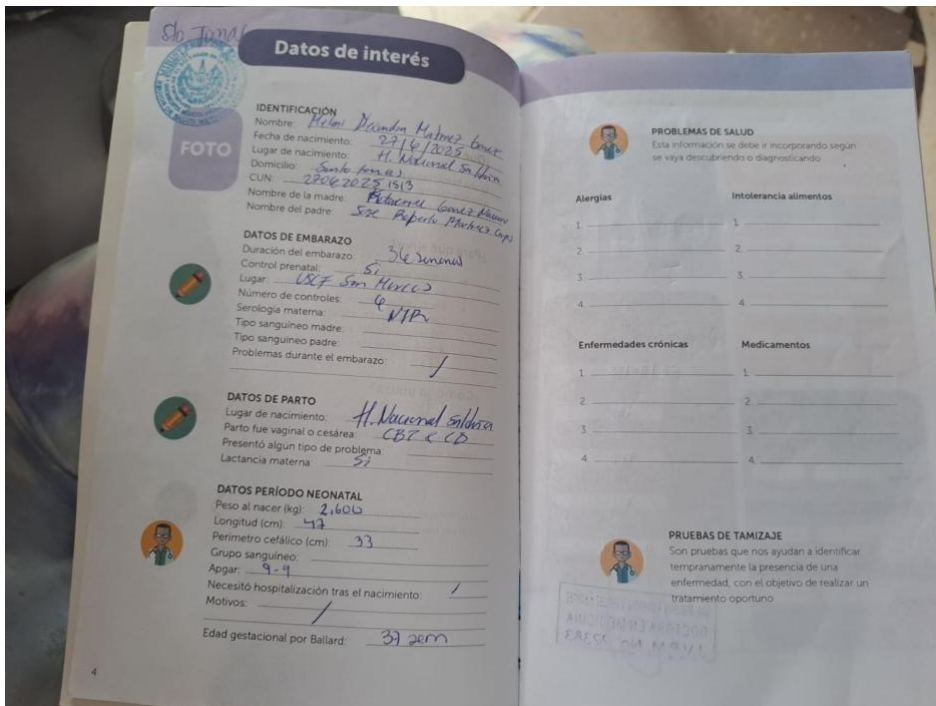
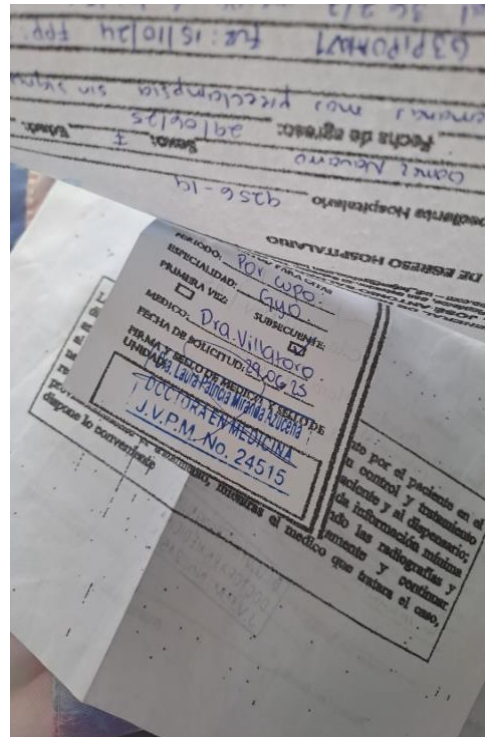
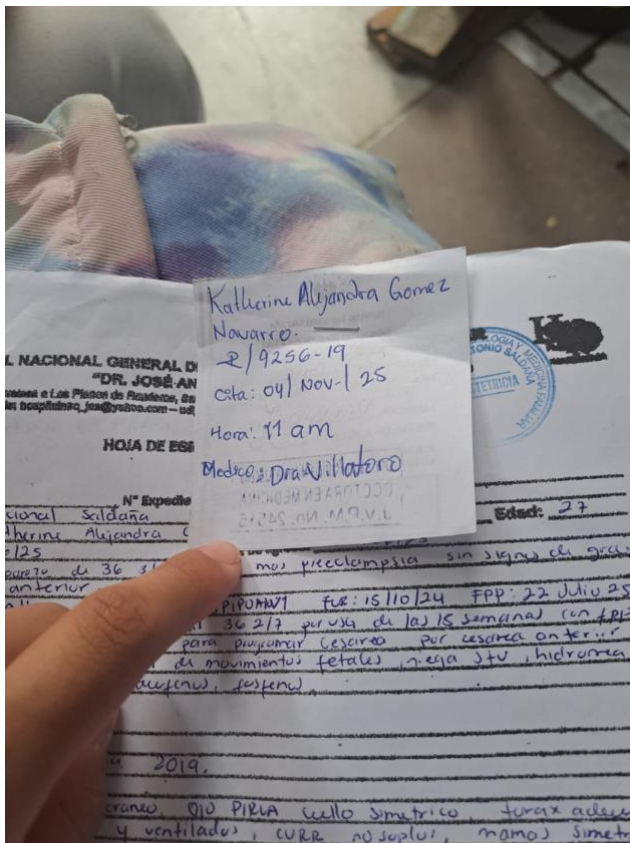
Con el objeto de constatar control o tratamiento en (Hospital, Centro o Unidad de Salud)

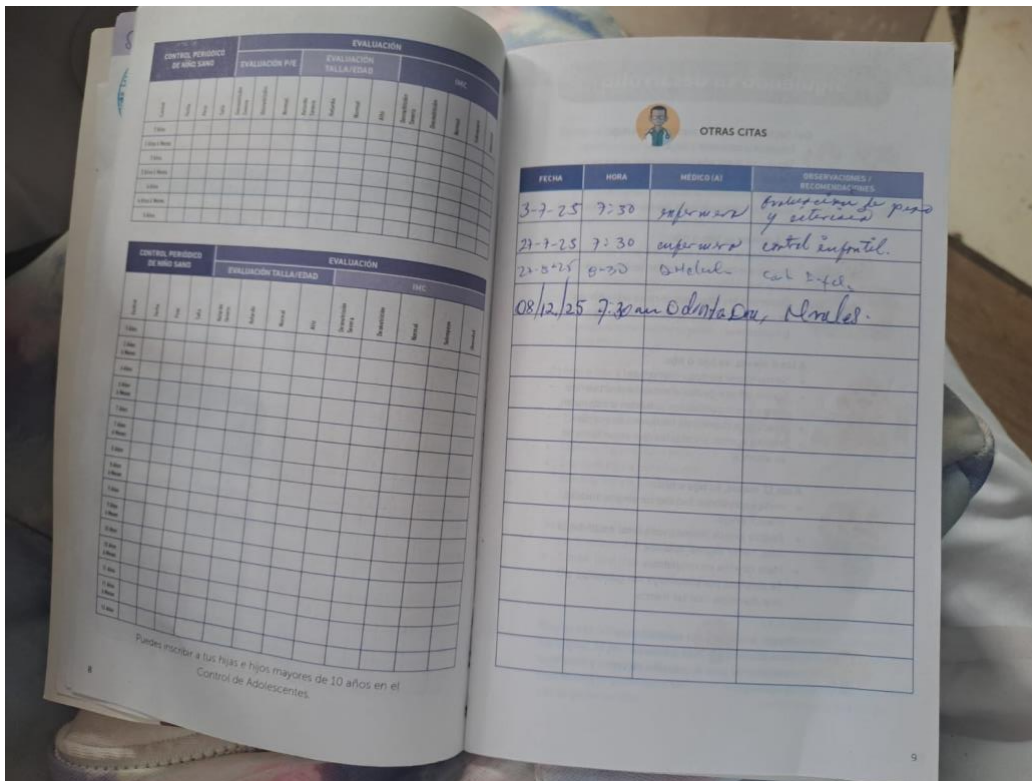
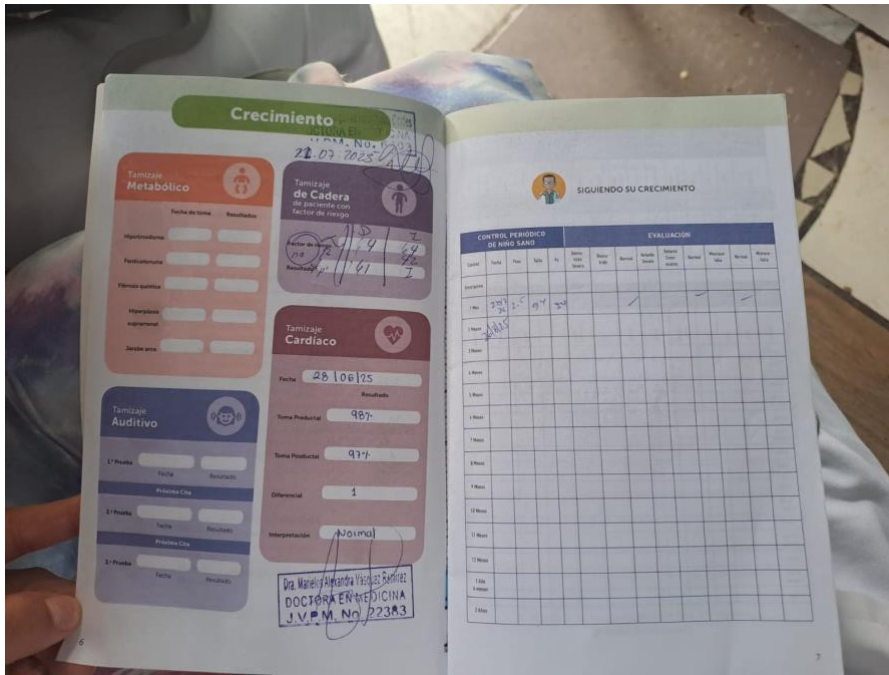
Comentarios, sugerencias, citas futuras (incluyendo a especialistas, tipo sanguíneo y RH, otros procedimientos, etc.)
Alta recomendada 3/3 de alarma control 3 y 40 días post parto
cita en consulta externa con dra. villatoro para seguimiento

Nombre del Médico: **Dra. Laura Patricia Miranda Azucena**
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 24515
Firma del Médico: _____
Fecha y hora de salida: _____ Firma del Parturo: _____

(VER REVERSO)

Cuel





Vacunación

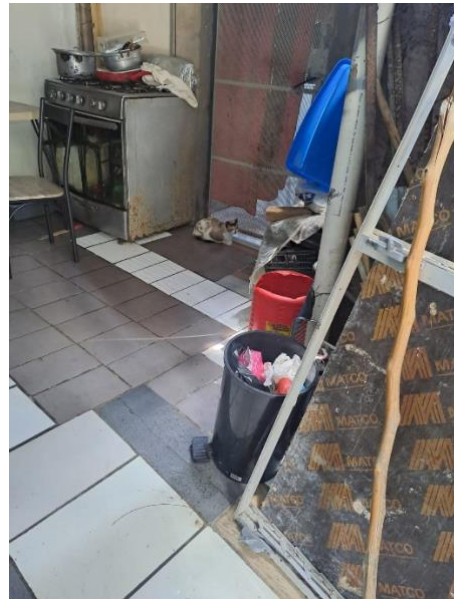
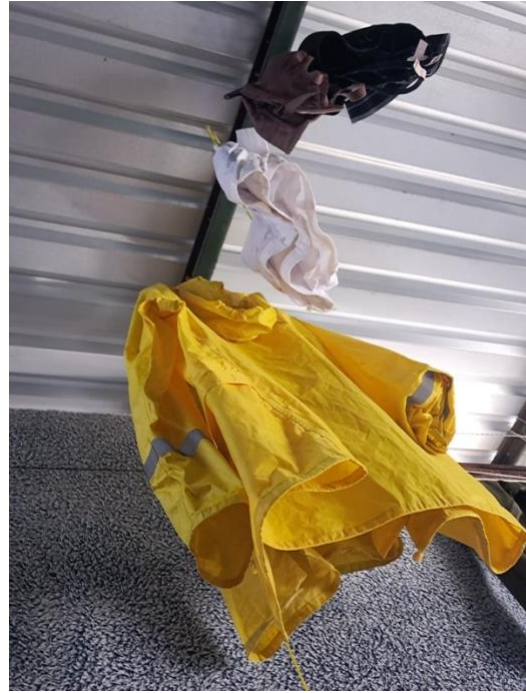
VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOISIS	EDAD	FECHA	ESTABLECIMIENTO DONDE SE APLICÓ LA VACUNA
BCG	Formas graves de tuberculosis	Única	Al Nacer	29-06-25	H.N.S.
HB	Hepatitis B		Primeras 12 horas	27-06-25	H.N.S.
IPV	Poliomielitis	1 Dosis	2 Meses		
		2 Dosis	4 Meses		
		3 Dosis	6 Meses		
OPV	Poliomielitis	1 Refuerzo	15 - 18 Meses		
		2 Refuerzo	4 años		
Postoralante	Difteria, Tétanos y Hepatitis B	1 Dosis	2 Meses		
		1 Dosis	2 Meses		
		2 Dosis	4 Meses		
		3 Dosis	6 Meses		
		1 Refuerzo	15 - 18 Meses		
Rotavirus	Formas graves de diarrea por rotavirus	1 Dosis	2 Meses		
		2 Dosis	4 Meses		
		1 Refuerzo	12 Meses		
Neumococo	Neumonía, meningitis y otitis media por neumococo	1 Dosis	2 Meses		
		2 Dosis	4 Meses		
		1 Refuerzo	12 Meses		
DPT	Difteria, Tétanos y Tétanos	2 Refuerzo	4 años		
SPR	Sarampión, Paperas y Rubéola	1 Dosis	12 Meses		
		2 Dosis	15 - 18 Meses		
		Blíqueo			
Influenza estacional	Formas graves de influenza	1 Dosis	6 - 11 Meses		
		2 Dosis			
		Refuerzo	1 año		
			2 años		
DTP infantil	Difteria y Tétanos		3 años		
			4 años		
VNI	Previene el cáncer de cérvix o cuello de la matriz causado por el virus del papiloma humano	1 dosis	9 años		
		2 dosis			

Activan nuestro organismo para que desarrolle defensas contra enfermedades específicas.
Las vacunas son...

Todas las vacunas que se aplican en los establecimientos...

6.2 Fotos de vivienda







6.3 Foto de usuaria con su bebe y en grupo





Anexo 7: Fotografías de ejecución de plan de cuidados N°1, realizada el día 27 de Septiembre del 2025





Anexo 8: Fotografías de la ejecución de plan N°2, realizada el día 8 se octubre del 2025





Anexo 9: Fotografías de ejecución de plan N°3, realizado el día 8 de octubre del 2025





Anexo 10: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA AL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Fecha: 20 de agosto 2025.

Yo, **Katherine Alejandra Gómez**, con domicilio en **Colonia San Juan**, casa 14C, Santo Tomas, manifiesto mi consentimiento voluntario para participar en la recopilación de información necesaria para el desarrollo de estudio de caso del Proceso Enfermero, llevado a cabo por estudiantes de la **Licenciatura en Enfermería** de la **Universidad de El Salvador**.

Autorizo mi participación y me comprometo a responder con sinceridad a las preguntas que se me formulen, comprendiendo que esta intervención tiene como finalidad contribuir positivamente a mi bienestar, sin que represente ningún tipo de riesgo para mi salud o integridad.

Declaro además que los estudiantes me han explicado previamente el propósito y el alcance de esta actividad, incluyendo la recolección de datos sobre mi estado de salud y las condiciones del entorno en el que vivo.

Se me ha informado que toda la información recabada será utilizada únicamente con fines académicos y que estará disponible para mi consulta si así lo deseo.

Firma: _____

