



## GUÍA DE VALORACIÓN DE CONDUCTAS Y ESTÍMULOS DEL ADULTO A TRAVÉS DEL MODELO DE ADAPTACIÓN DE ROY

### Datos de Identificación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Institución y Servicio: \_\_\_\_\_ Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_

Respuesta conductual principal: \_\_\_\_\_ No de Expediente: \_\_\_\_\_

### 1. Modo Fisiológico

#### Necesidad de Oxigenación.

##### Valoración del Primer Nivel: Conductas

##### Entrevista

- ¿Ha tenido cambios en su respiración? (p.ej. sensación de falta de aire, dificultad para respirar, necesidad de cambiar de posición para mejorar la respiración) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- En los últimos seis meses ¿Cuántas veces ha tenido problemas respiratorios? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Toma medicamentos para problemas respiratorios: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_
- ¿Fuma? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar  
cuantos cigarrillos al día. \_\_\_\_\_. En caso negativo; ¿Ha  
consumido cigarrillos o tabaco alguna vez en la vida?  
\_\_\_\_\_
- ¿Hay humo de cigarrillos u otros contaminantes en su  
ambiente? (hogar, trabajo, escuela etc.) \_\_\_\_\_
- ¿Cocina con leña o fogón? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuántas veces a  
la semana? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido tos frecuentemente? Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_. ¿Es  
productiva? Sí \_\_\_ No \_\_\_\_\_. Características de las flemas  
(color, espesor, olor) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ¿Tiene familiares con antecedentes de problemas  
respiratorios? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### Valoración del Pulso

Tipo de Pulso/localización: \_\_\_\_\_

Rítmico \_\_\_ Arrítmico \_\_\_ Fuerte \_\_\_ Débil \_\_\_

Filiforme \_\_\_\_\_

Hemoglobina \_\_\_\_\_

##### Sistema respiratorio; presencia de:

Disnea \_\_\_ Aleteo nasal \_\_\_ Cianosis \_\_\_ Estertores \_\_\_

Sibilancias \_\_\_ Ortopnea \_\_\_ Piel marmórea \_\_\_ Apnea \_\_\_ Roncus \_\_\_

Estridores \_\_\_ Respiración de: Kussmaul \_\_\_ Cheyne

Stokes \_\_\_

Respiraciones: Rítmicas \_\_\_ Arrítmicas \_\_\_

Movimientos torácicos: Rítmicos \_\_\_ Arrítmicos \_\_\_

Músculos utilizados para la respiración:

Fuerte \_\_\_ Débil \_\_\_

Secreciones broncopulmonares \_\_\_\_\_

**Expectoración:** Sí \_\_\_ No \_\_\_

Tos: Productiva \_\_\_ No productiva \_\_\_

Permeabilidad de las vías aéreas: Sí \_\_\_ No \_\_\_

obstrucción total o parcial por cuerpos extraños o

secreciones \_\_\_\_\_

##### Volumen respiratorio:

Hiperventilación \_\_\_ Hipovenilación \_\_\_

##### Presencia de dispositivos para la vía respiratoria:

Cánula nasal \_\_\_ Mascarilla (Especificar) \_\_\_\_\_

Pleurotomía \_\_\_ Tubo endotraqueal \_\_\_ Traqueostomía \_\_\_

Ventilación mecánica (VM) \_\_\_\_\_

##### Si tiene VM anotar parámetros:

Modo	V.C	FIO2	SAT. DE O2	FR



<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Exploración Física y Observación</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 25%;">TA</th> <th style="width: 25%;">FC</th> <th style="width: 25%;">FR</th> <th style="width: 25%;">Llenado Capilar</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	TA	FC	FR	Llenado Capilar					<p><b>Parámetros de gasometría arterial:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 25%;">PH</th> <th style="width: 25%;">CO<sub>2</sub></th> <th style="width: 25%;">O<sub>2</sub></th> <th style="width: 25%;">HC0<sub>3</sub></th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Oxigenación tisular:</b> Anoxia_____ Hipoxia_____ Hipoxemia_____</p>	PH	CO <sub>2</sub>	O <sub>2</sub>	HC0 <sub>3</sub>				
TA	FC	FR	Llenado Capilar														
PH	CO <sub>2</sub>	O <sub>2</sub>	HC0 <sub>3</sub>														

<b>Valoración del Segundo Nivel</b>							
Estímulos	F	C	R	Estímulos	F	C	R
Edad				Estilo de vida			
Alteraciones en el tórax				Estrés			
Problemas de salud				Hipoxia			
Fármacos (Especificar)				Shock			
Cambios bruscos de temperatura				Discapacidad ventilatoria			
Ambientes contaminados				Inadecuado intercambio de gas			
Factores psicológicos				Inadecuado transporte de gas			
Trastornos neurológicos				Perfusión tisular alterada			
Alérgenos				Otros factores:			

<b>Necesidad de Nutrición.</b>													
<b>Valoración del Primer Nivel: Conductas</b>													
<p><b>Entrevista</b></p> <p>1. ¿Tiene alguna dificultad para masticar? _____</p> <p>2. ¿Tiene dificultad para deglutir? _____</p> <p>3. ¿Cuántas veces consume frutas y verduras en la semana? ____ Especificar _____ ¿Cuáles?: _____</p> <p>4. ¿Cuántas veces consume carnes rojas (res y cerdo) y blancas (pollo y pescado) en la semana? _____ Especificar ¿Cuáles? _____</p> <p>5. ¿Con que frecuencia consume frijoles y lentejas en la semana? _____</p> <p>6. Restricción de dieta: Sí _____ No _____</p> <p>7. Tipo de dieta habitual _____</p> <p>8. Dieta prescrita _____</p> <p>9. ¿Dificultad para llevar a cabo régimen nutricional? _____</p> <p>10. ¿Es capaz de seguir la dieta indicada? _____</p> <p>11. ¿Ha existido pérdida o ganancia de peso y talla? _____</p> <p>12. ¿Cantidad y tipo de Ingesta de líquidos? _____</p> <p>_____</p>	<p><b>Exploración Física y observación</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 33%;">Peso</th> <th style="width: 33%;">Talla</th> <th style="width: 33%;">IMC</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th style="width: 33%;">Cintura</th> <th style="width: 33%;">Cadera</th> <th style="width: 33%;">ICC</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Características de:</b></p> <p><b>Piel</b> _____ Pigmentación_____ Descamación_____ Edema_____ Turgencia_____ Vesículas_____ Eritema_____</p> <p><b>Cabello</b> _____ _____</p> <p>Color_____ Volumen_____</p> <p>Estado de Higiene_____</p> <p>Alopecia_____</p> <p>Infecciones o infestaciones_____</p> <p><b>Presencia de:</b> Dientes_____ Masticación_____ Disfagia_____ Náuseas_____ Pirois _____ Rechazo de alimentos_____ Vómito_____ Anorexia_____ Polifagia_____ Polidipsia_____ Distensión Abdominal_____</p> <p><b>Presencia de dispositivos para la alimentación:</b></p>	Peso	Talla	IMC				Cintura	Cadera	ICC			
Peso	Talla	IMC											
Cintura	Cadera	ICC											



13. Alimentos que consume en el hogar: _____ _____	Alimentación: SNG__Gastrostomía__Nutrición Parenteral__ Nutrientes que tiene la NPT: _____
14. Consumo de suplementos alimenticios (especificar ¿Cuál?): _____	

### Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R	Estímulos	F	C	R
Género				Factores psicológicos			
Edad de desarrollo				Disfunción neurológica			
Cultura				Consumo de alcohol			
Prácticas religiosas				Náusea			
Creencias sobre comida				Vómito			
Estilo de vida				Anorexia			
Economía				Otros factores:			
Fármacos							

### Necesidad de Eliminación.

#### Valoración del Primer Nivel: Conductas

##### Entrevista

##### Eliminación urinaria

1. ¿Cuántas veces orina en 24 hrs? \_\_\_\_\_
2. ¿Ha cambiado este patrón recientemente? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene que levantarse para orinar en la noche? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo describe el color y olor de su orina? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué problema, ha tenido o tiene cuando orina? \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene salida de orina involuntaria? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuándo sucede? (tose, ríe, estornuda, dormir) \_\_\_\_\_

7. ¿Qué cantidad en ml. considera que orina en cada micción? \_\_\_\_\_

8. ¿Tiene problemas para llegar al baño a tiempo? \_\_\_\_\_

##### Eliminación Fecal

9. ¿Cada cuánto tiempo evacúa usted? \_\_\_\_\_
10. ¿Ha cambiado este patrón de evacuación recientemente? \_\_\_\_\_

##### Exploración Física y observación

##### Eliminación urinaria

Número de micciones al día, actualmente: \_\_\_\_\_

Características de la orina (cantidad, color, olor): \_\_\_\_\_

##### Presencia de:

Salida involuntaria de la orina sin esfuerzo: \_\_\_\_\_

##### Salida involuntaria de la orina al realizar:

Esfuerzo\_\_Disuria\_\_Nicturia\_\_Hematuria\_\_  
Oliguria\_\_Anuria\_\_Poliuria\_\_Proteinuria\_\_  
Piuria\_\_Glucosuria\_\_Poliaquiuria\_\_Retención  
urinaria\_\_Tenosmo\_\_

##### Presencia de dispositivos para la eliminación urinaria:

Sonda vesical\_\_Talla supra púbica\_\_Díálisis peritoneal\_\_

##### Eliminación fecal

Número de evacuaciones, actualmente \_\_\_\_\_

Características de las evacuaciones (cantidad, color, olor): \_\_\_\_\_

##### Presencia de:

Dolor\_\_Evacuaciones líquidas\_\_Esfuerzo\_\_  
Sangre en heces\_\_Heces duras\_\_Constipación\_\_  
Hemorroides\_\_Incontinencia fecal\_\_Flatulencia\_\_  
Distensión abdominal\_\_  
Peristaltismo (presente, disminuido o ausente)

##### Presencia de ostomías para evacuar:

Colostomía: \_\_\_\_\_Ileostomía: \_\_\_\_\_



<p>11. ¿Ha observado algún cambio en el color, textura u olor de las heces? _____</p> <p>12. ¿Ha tenido problemas para la defecación? _____</p> <p>Describir _____</p> <p>13. ¿Si ha tenido problemas para evacuar, cuando y con qué frecuencia ocurre? _____</p> <p>_____</p> <p>14. ¿Cuál es la causa? (alimentos, inmovilidad, medicamento etc.) _____</p> <p>_____</p> <p>15. ¿Qué hace para solucionar problemas de evacuación? _____</p> <p>_____</p> <p>16. ¿Usa facilitadores para la defecación? _____</p> <p>17. ¿Qué rutina usa para mantener su patrón de defecación (líquidos, fibras, frutas ejercicio, etc.)? _____</p> <p>_____</p>	<p>Características de la evacuación por ostomía: _____</p> <p>_____</p>
---	---

### Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R
<b>Eliminación Urinaria</b>			
Edad			
Ingestión de líquidos			
Estrés			
Fármacos			
Trastornos psicológicos			
Deterioro neuromuscular			
Deterioro sensitivo motor			
Obstrucción			
Infección del tracto urinario			
Cambios o debilidad del musculo pélvico			
Factores ambientales (Especificar)			
Retención urinaria			
Otros factores:			

Estímulos	F	C	R
<b>Eliminación Fecal</b>			
Edad			
Uso de fármacos(laxantes)			
Estrés			
Trastornos psicológicos			
Deterioro neuromuscular			
Deterioro sensitivo motor			
Dietas(alimentación)			
Líquidos			
Actividad o movilidad			
Abuso de laxantes			
Alimentación			
Diarrea			
Flatulencia			
Otros factores:			

### Necesidad de Actividad y Reposo.

#### Valoración del Primer Nivel: Conductas

<p><b>Entrevista</b></p> <p><b>Actividad</b></p> <p>1. ¿Qué actividades realiza en un día normal? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Actividad</b></p> <p><b>Presencia de:</b></p> <p>Contracturas musculares _____ Rigidez de articulaciones _____</p> <p><b>Dificultad para la movilidad en:</b></p> <p>Hemicuerpo: Izquierdo _____ Derecho _____</p> <p>Miembro superior: Izquierdo _____ Derecho _____</p>
---	---



2. ¿Es capaz de llevar acabo las siguientes actividades de manera independiente? \_\_\_\_\_  
Comer \_\_\_\_\_ Vestirse \_\_\_\_\_ Bañarse \_\_\_\_\_ Aseo personal \_\_\_\_\_  
Caminar \_\_\_\_\_ Hacer compras \_\_\_\_\_ Cocinar \_\_\_\_\_ Realizar tareas del hogar \_\_\_\_\_ Entrar y salir del baño o coche \_\_\_\_\_  
3. ¿Qué tipos de actividades le cansan? \_\_\_\_\_

4. ¿Alguna vez usted ha presentado mareos, disnea, incremento de la frecuencia respiratoria u otros problemas después de llevar a cabo una actividad leve o moderada? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué tipo de ejercicio realiza para mejorar su condición física? \_\_\_\_\_

6. ¿Con que frecuencia (días a la semana) y cuánto dura la sesión de ejercicio? \_\_\_\_\_

#### Reposo

7. ¿Cuántas horas duermes en 24 hrs? \_\_\_\_\_

8. ¿Se siente descansado con las horas que duerme? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha cambiado su patrón del sueño? \_\_\_\_\_

10. ¿Con que frecuencia sucede? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuántas tazas de café, té, o bebidas con cafeína consume al día? \_\_\_\_\_

12. ¿Consume alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

13. ¿Tiene problemas para quedarse dormido? \_\_\_\_\_

14. ¿Se despierta a menudo por la noche? \_\_\_\_\_

- Si es afirmativa, ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

15. ¿Se despierta antes de lo que le gustaría y tiene problemas para volver a dormirse? \_\_\_\_\_

16. ¿Tiene periodos de somnolencia irresistible? \_\_\_\_\_

- En este caso ¿Cuándo sucede? \_\_\_\_\_

17. ¿Se ha dormido alguna vez en medio de una actividad diurna? \_\_\_\_\_

18. ¿Le ha dicho alguien que ronca o camina dormido? \_\_\_\_\_

Miembro inferior: Izquierdo \_\_\_\_\_ Derecho \_\_\_\_\_

Valoración de la marcha: \_\_\_\_\_

#### Presencia de:

Temblores \_\_\_\_\_ Parálisis \_\_\_\_\_ Ataxia \_\_\_\_\_ Parkinson \_\_\_\_\_

Espasmos \_\_\_\_\_

Ausencia de una o más extremidades (cuál (es)) \_\_\_\_\_

**Uso de dispositivos para la movilidad:** Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Andadera \_\_\_\_\_ Muletas \_\_\_\_\_ Bastones \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Especificar \_\_\_\_\_

Nivel de dependencia para actividad básicas	Total	Parcial	Ninguna
Alimentación			
Higiene			
Vestido			

#### Reposo

Horas de sueño \_\_\_\_\_ Tiempo de sueño en siesta \_\_\_\_\_

Hábitos que realiza para conciliar el sueño \_\_\_\_\_

Factor estresante que le dificulta el sueño (especificar cuál): \_\_\_\_\_

Uso de medicamentos para dormir (especificar dosis y tipo de medicamento): \_\_\_\_\_

#### Presencia de:

Ojeras \_\_\_\_\_ Bostezos \_\_\_\_\_ Cansancio \_\_\_\_\_ Irritabilidad \_\_\_\_\_

Dificultad para la concentración \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R
Actividad			
Edad			

Estímulos	F	C	R
Reposo			
Edad			



Factores ambientales (escaleras, falta de barandales etc.)				Factores ambientales (ruido, luz, incomodidad)			
Estrés				Estilo de vida			
Trastornos psicológicos				Estrés			
Deterioro neuromuscular				Trastornos psicológicos			
Deterioro sensitivo motor				Consumo de alcohol			
Deterioro músculo esquelético				Consumo de cafeína			
Creencias socioculturales				Fármacos(especificar)			
Fármacos				Dolor			
Ausencia de una o más extremidades				Disfunción hormonal			
Ansiedad				Temperatura			
Desequilibrio nutricional				Higiene del sueño			
Disminución de la fuerza muscular				Deprivación del sueño			
Dolor				Otros factores:			
Inmovilidad							
Otros factores:							

### Necesidad de Protección.

### Valoración del Primer Nivel: Conductas

#### Entrevista

- ¿Usted padece infecciones recurrentes? \_\_\_\_\_ (Especificar tipo) \_\_\_\_\_
- ¿Cómo combate los procesos infecciosos? \_\_\_\_\_
- ¿cuantos días tardan sus procesos infecciosos? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene su esquema de vacunación completo? \_\_\_\_\_

(Registrar esquema de vacunación de un adulto):

Esquema de vacunación				
Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad y frecuencia	Fecha de vacunación

#### Exploración Física y observación

##### Resultados de laboratorios:

Eritrocitos	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos

Monocitos	VSG	Plaquetas	Otros

Reacciones alérgicas \_\_\_\_\_ Mencionar a que sustancia (si procede): \_\_\_\_\_  
Mencionar hace cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
Antecedentes alérgicos de familiares (Mencionar quiénes) \_\_\_\_\_

Temperatura corporal \_\_\_\_\_ Mejillas ruborizadas \_\_\_\_\_

Fluctuaciones de temperatura: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
(registrar mínima y máxima, si procede) \_\_\_\_\_

#### Piel

Íntegra \_\_\_\_\_ Palidez \_\_\_\_\_ Eritema \_\_\_\_\_ Violáceo \_\_\_\_\_  
Ictericia \_\_\_\_\_ Cicatrices \_\_\_\_\_  
(registrar ubicación y características) \_\_\_\_\_

Otros cambios en piel: \_\_\_\_\_

Heridas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Tipo de

Herida \_\_\_\_\_  
Características: ubicación, diámetro, profundidad, olor, color, presencia de fluidos (exudado) \_\_\_\_\_

Datos de infección de la herida \_\_\_\_\_

Esfacelo \_\_\_\_\_ Socavamiento \_\_\_\_\_ Tunelización \_\_\_\_\_

Bordes perilesionales \_\_\_\_\_ Tejido necrótico \_\_\_\_\_



## Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R	Estímulos	F	C	R
Procesos infecciosos				Leucopenia			
Procesos patológicos crónicos				Supresión de la respuesta inflamatoria			
Desequilibrio nutricional				Conocimientos deficientes de factores de riesgo para prevenir infecciones			
Obesidad				Fármacos			
Procedimientos invasivos				Trastornos psicológicos			
Integridad de la piel				Úlceras por presión			
Alteración del PH de las secreciones				Cicatrización retardada de heridas			
Edema (Especificar)				Otros factores:			
Adicciones							
Disminución de la hemoglobina							
Inmunosupresión							

## Procesos Complejos: Sentidos

## Valoración del Primer Nivel: Conductas

### Entrevista

#### Aparato ocular

1. ¿Ha presentado cambios o alteraciones en los ojos? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ En caso afirmativo especificar (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, glaucoma, cataratas, degeneración macular, retinopatía)\_\_\_\_\_

2. ¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_ En caso afirmativo especificar ¿Cuál?\_\_\_\_\_

Si no ha recibido tratamiento, ¿cómo lo ha solucionado? \_\_\_\_\_

#### Utiliza auxiliares para mejorar la visión:

Lentes\_\_\_\_ Lentes de contacto \_\_\_\_ Otro(Especificar)\_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

Última revisión oftalmológica \_\_\_\_\_

#### Aparato auditivo

3. ¿Ha presentado cambios en la audición? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

En caso afirmativo especificar \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo es su audición?

Buena\_\_\_\_ Perceptible \_\_\_\_ Deficiente\_\_\_\_

5. ¿Qué alteraciones ha presentado en el oído?

Dolor\_\_\_\_ Heridas\_\_\_\_ Secreciones\_\_\_\_ Irritaciones\_\_\_\_

Cuerposextraños\_\_\_\_ Oído tapado\_\_\_\_ Escucha Ruidos\_\_\_\_

Tinnitus\_\_\_\_ Presbiacusia\_\_\_\_

6. Describa las características de estas alteraciones, especificando en que oído: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Exploración Física y observación

#### Aparato ocular

Describe el aspecto general de:

Párpados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pestañas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cejas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zona orbitaria \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conjuntiva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escleras \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Iris \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





<p>7. Ha recibido tratamiento para estas alteraciones: Sí_____No_____ En caso afirmativo especificar ¿Cuál? _____</p> <p>8. Si no ha recibido tratamiento, ¿Como lo ha solucionado? _____ _____</p> <p><b>Aparato olfatorio: nariz y senos paranasales</b></p> <p>9. ¿Percibe los olores?: Sí_____ No_____</p> <p>10. Ha presentado alteraciones como: Sangrado_____Obstrucciones_____Secreciones_____Dolor_____</p> <p>Cuerpos extraños_____Prurito_____Lesiones_____</p> <p>Describe las características de estas alteraciones _____</p> <p>11. ¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?: Sí_____No_____ En caso afirmativo especificar ¿Cuál? _____</p> <p>12. Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____ _____</p> <p><b>Aparato gustativo: Boca y anexos</b></p> <p>13. ¿Percibe todos los sabores? Sí_____ No_____</p> <p>14. ¿Ha presentado cambios en la boca? Sí _____No_____ En caso afirmativo especifique ¿Cuáles de las siguientes? Úlceras_____Lesiones_____Inflamaciones_____Sangrado_____Dolor_____</p> <p>Ardor_____Sequedad_____Dificultad para masticar _____Otro_____</p> <p>15. Describe las características de éstas alteraciones _____</p> <p>16. ¿Ha recibido tratamiento para esas alteraciones? Sí_____ No_____</p> <p>En caso afirmativo especificar ¿Cuál? _____</p> <p>17. Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____ _____</p> <p>19. Describe el aspecto general: (labios, mucosa, prótesis dental, encías, salivación, lengua, úvula, paladar duro/blando, orofaringe) _____</p>	<p><b>Aparato auditivo (especificar OI u OD)</b></p> <p>Forma _____</p> <p>Pliegues _____Tamaño _____</p> <p><b>Hallazgos otoscopia:</b></p> <p><b>Oído I</b></p> <p>Canal auditivo: Vellos _____Cera _____Integridad y movilidad de la membrana timpánica _____</p> <p><b>Oído D</b></p> <p>Canal auditivo: Vellos _____Cera _____Integridad y movilidad de la membrana timpánica _____</p> <p><b>Pruebas de audición:</b></p> <p>OI: positivo _____Negativo _____</p> <p>OD: positivo _____Negativo _____</p> <p>Describe el aspecto general del oído externo (Implantación, simetría, pabellón auricular en ambos oídos): _____</p> <hr/> <p><b>Aparato olfatorio</b></p> <p>Describe el aspecto general de las fosas nasales (forma y apariencia externa e interna y permeabilidad) _____</p> <p><b>Valore:</b> Discriminación de olores: Sí_____ No_____</p> <p>Permeabilidad senos paranasales: Sí_____ No_____</p> <p><b>Alteraciones:</b> Sí_____No_____</p> <p>Anosmia _____Hiposmia _____Parosmia _____Fantosmia _____</p> <p><b>Aparato gustativo: Boca y anexos</b></p> <p>Permeabilidad: Sí_____ No_____ Reflejo nauseoso: Sí_____No_____</p> <p>Mordida: Normal _____Anormal _____</p> <p><b>Alteraciones:</b> Sí_____No_____</p> <p>Hipogeusia _____Ageusia _____Disgeusia _____</p>
---	---

### Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R
Alteraciones en la audición (Otitis, Meniere, Neuritis vestibular)			
Estrés			
Tratamientos (quimioterapia, tratamiento sustitutivo de la función renal)			
Cultura			

Estímulos	F	C	R
Cefalea			
Dolor			
Privación sensitiva			
Aspectos psicológicos			
Etapas del desarrollo			
Lesiones			





Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad				Métodos invasivos			
Proceso de envejecimiento (Edad)				Cirugías			
Escolaridad				Presencia de alteraciones en la visión (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, glaucoma, cataratas, degeneración macular, retinopatía)			
Traumatismo Craneoencefálico				Otros factores:			
Estilo de vida							
Fármacos (Especificar)							

### Procesos complejos: Líquidos, Electrolitos y Ácido Base.

#### Valoración del Primer Nivel: Conductas

##### Entrevista

1. Tiene conocimiento sobre el consumo de líquidos y electrolitos

VO \_\_\_\_\_

2. Cantidad y tipo de líquidos VO (Especificar) \_\_\_\_\_

3. Infusión de líquidos parenterales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Especificar ¿cuáles? \_\_\_\_\_

##### Exploración Física y observación

##### Presencia de:

Mucosas orales secas \_\_\_\_\_ Sed excesiva \_\_\_\_\_ Diaforesis \_\_\_\_\_  
Disminución de la turgencia de la piel \_\_\_\_\_ Edema (Especificar región corporal y nivel) \_\_\_\_\_

Valores de: PVC \_\_\_\_\_ Nivel de Albúmina \_\_\_\_\_

##### Anotar valores:

Ingreso de líquidos	Egreso de Líquidos	Balance parcial	Balance Total

##### Electrolitos séricos

Na \_\_\_\_\_  
Ca \_\_\_\_\_  
K \_\_\_\_\_  
Mg \_\_\_\_\_  
Cl \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

##### Equilibrio ácido base

PH \_\_\_\_\_  
PaO2 \_\_\_\_\_  
SaTO2 \_\_\_\_\_  
HCO3 \_\_\_\_\_  
-

##### Anotar valores:

##### Tratamiento farmacológico

Diuréticos: \_\_\_\_\_  
Esteroides: \_\_\_\_\_  
Suplementos: \_\_\_\_\_  
Electrolitos (Especificar) \_\_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

#### Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R	Estímulos	F	C	R
Edad				Fármacos (Especificar)			
Ambiente				Estilo de vida			
Eliminación gastrointestinal				Trastornos respiratorios			
Procesos patológicos crónicos				Quemaduras			
Enfermedad aguda o trauma				Ingesta dietética			
Terapias				Entorno			

### Procesos complejos: Función Neurológica



## Valoración del Primer Nivel: Conductas

### Entrevista

1. ¿Ha presentado pérdida del estado de conciencia? Sí\_\_ No \_\_  
En caso afirmativo especificar No. de veces/temporalidad \_\_\_\_\_

2. En algún momento de su vida ¿Ha sentido usted pérdida del equilibrio? Sí\_\_ No \_\_ En caso afirmativo especificar No. de veces/temporalidad: \_\_\_\_\_

3. En los últimos días o semanas se le ha dificultado recordar sucesos pasados: Sí\_\_ No \_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

4. ¿Ha presentado pérdida del equilibrio actualmente? Sí\_\_ No \_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad neurodegenerativa? Sí\_\_ No \_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

6. En algún momento de su vida ¿Ha presentado algún accidente que le haya provocado lesiones o traumas? Sí\_\_ No \_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

7. ¿Ha presentado dificultad para la marcha? Sí\_\_ No \_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

8. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse? Sí\_\_ No \_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

9. ¿Depende usted del cuidado de otra persona? Sí\_\_ No \_\_ En caso afirmativo especificar ¿Por qué? \_\_\_\_\_

10. ¿Quién? Hijos \_\_ Cónyuge \_\_ Profesional \_\_ Otro\_\_

11. ¿Tipo de dependencia?

Total \_\_ Parcial \_\_ Independiente\_\_

### Exploración Física y observación

Lenguaje: Coherente \_\_ Incoherente\_\_

Presencia de: Disartria \_\_ Afasia \_\_ Mutismo\_\_

### Registrar resultados de las siguientes mediciones:

Escala de Glasgow	Pupila derecha	Pupila izquierda

Presencia de los siguientes comportamientos (Responde sí o no):

Consciente		Somnolencia	
Orientado en persona		Estuporoso	
Orientado en tiempo		Coma	
Orientado en lugar		Midriasis	
Miosis		Isocoria	
Anisocoria		Cefalea	
Mareo		Calambres	
Náuseas		Convulsiones	
Sensación de adormeciendo		Sensación de hormigueo	
Disminución de la fuerza		Dificultad para movilizarse	

### Reflejos

Rotuliano	Normal	Hiporreflexi	Hiperreflexia
Sí__	Sí__	a	D__ I__
No__	No__	D__ I__	
Aquiliano	Normal	Hiporreflexi	Hiperreflexia
Sí__	Sí__	a	D__ I__
No__	No__	D__ I__	

### Datos de:

Descerebración: Si\_\_ No \_\_

Decorticación: Si\_\_ No \_\_

## Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R
Convulsiones			
Estatus epilépticos			
Hemorragias subaracnoideas			
Rigidez			
Traumatismo Cráneo encefálico			
Evento Vascular Cerebral			
Adicciones (Alcohol, Drogas, Tabaco)			
Fármacos(antidepresivos, relajantes, anticonvulsivos, anestésicos)			

Estímulos	F	C	R
Procesos infecciosos (meningitis, encefalitis)			
Enfermedades mentales			
Alteraciones del aprendizaje			
Enfermedades renales			
Edad			
Etapas del desarrollo			
Lesiones traumáticas (fracturas, hundimiento, perforaciones)			



Enfermedades neurodegenerativas				Alteraciones hidroelectrolíticas			
Enfermedad de Tiroides				Procesos cognitivos defectuosos			
Enfermedades Crónicas Degenerativas (Hipertensión, Diabetes, Cáncer)				Déficit de memoria			
Malformaciones congénitas				Otros factores:			

## Procesos complejos: Función Endocrina

### Valoración del Primer Nivel: Conductas

#### Entrevista

- ¿Ha presentado usted algún problema metabólico? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo a la pregunta 1 ¿Recibe usted tratamiento? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_
- ¿Ha presentado signos de menopausia o andropausia? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- En caso afirmativo a la pregunta 3 ¿Recibe tratamiento? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar ¿Cuál?: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene usted vida sexual activa? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas parejas sexuales tiene o ha tenido a lo largo de su vida? \_\_\_\_\_
- Alguna vez en su vida ¿Ha presentado alguna Infección de Transmisión sexual? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_
- Utiliza o a utilizado un método anticonceptivo: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene hijos? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso negativo preguntar ¿Tiene algún problema relacionado con la fertilidad? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

#### Exploración Física y observación

##### Valoración en la mujer

##### Datos ginecológicos

Menarca \_\_\_\_\_ FUM \_\_\_\_\_ Ciclos \_\_\_\_\_  
Cambios en su ciclo menstrual: Sí \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_  
Ultimo Papanicolaou (temporalidad): \_\_\_\_\_

##### Alteraciones ginecológicas

Amenorrea \_\_\_\_\_ Dismenorrea \_\_\_\_\_ Hipermenorrea \_\_\_\_\_  
Dispareunia \_\_\_\_\_ Menopausia \_\_\_\_\_ En caso afirmativo especificar (Precoz o tardía) \_\_\_\_\_

##### Antecedentes Gineco-Obstétricos

Gesta \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_  
Cirugías: Histerectomía \_\_\_\_\_  
OTB(Salpingoclasia) \_\_\_\_\_  
Exploración mamaria: Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

##### Valoración en el hombre

Datos reproductivos: Criptorquidia \_\_\_\_\_ Ginecomastia \_\_\_\_\_  
Acromegalia \_\_\_\_\_ Cretinismo \_\_\_\_\_ Glándula tiroides \_\_\_\_\_  
Cirugías: Testicular: \_\_\_\_\_ Vasectomía: \_\_\_\_\_  
Exploración testicular: Si \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

##### Valoración para ambos

Glucemia \_\_\_\_\_ Glucosuria \_\_\_\_\_

##### Resultados de (Si aplica):

Lipasa Ripteasa \_\_\_\_\_ Amilasa \_\_\_\_\_ Tripsina \_\_\_\_\_  
Quimiotripsina \_\_\_\_\_ TSH (T3 y T4) \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

### Valoración del Segundo Nivel

Estímulos	F	C	R	Estímulos	F	C	R
Cambios en el sistema endocrino				Alteraciones vasculares			
Tolerancia a la glucosa				Alteraciones de la Tiroides			



Condiciones ambientales				Estado de ánimo			
Inestabilidad de los ritmos y ciclos internos				Fármacos (Especificar)			
Estrés				Cirugías			
Enfermedades crónicas degenerativas				Historia de Salud Familiar (enfermedades)			
Adicciones (Tabaco, Alcohol)				Cambios Hormonales relacionados con la edad			
Factores emocionales				Nivel de conocimiento sobre la enfermedad base			
Infertilidad				Otros factores:			
Factores sociales							
Enfermedades Cardiacas							

## 2. Modo Autoconcepto

### Valoración del Primer Nivel: Conductas

#### Entrevista

1. Yo me siento: \_\_\_\_\_  
(fuerte, débil, sexualmente responsable, adolorido, decaído)
2. ¿Cómo te sientes ahora? \_\_\_\_\_
3. ¿Se quién soy? (Hombre o Mujer) \_\_\_\_\_
4. ¿Se cómo soy? \_\_\_\_\_
5. ¿Me comporto como tal? (Hombre o Mujer) \_\_\_\_\_
6. ¿Cómo me siento al respecto? \_\_\_\_\_
7. ¿Cómo trato a los demás? \_\_\_\_\_
8. ¿Cómo te sientes físicamente? \_\_\_\_\_
9. ¿Cuáles son tus pensamientos en este momento? \_\_\_\_\_
10. ¿Cuáles son tus sentimientos en este momento?  
(enojado, feliz, preocupado, triste, otros) \_\_\_\_\_
11. En este momento ¿Necesitas o deseas algo? \_\_\_\_\_

#### Yo físico

##### Sensaciones corporales

12. ¿Cómo te sientes físicamente? (fuerte, débil, cansado, descansado, otros) \_\_\_\_\_
13. ¿Qué sensaciones físicas estas experimentando?  
Siento (frio, calor, dolor, sexi, otros) \_\_\_\_\_
14. ¿Con que frecuencia tienes sentimientos sexuales?
15. Yo tengo sentimientos sexuales (diariamente, cada semana, nunca, otros) \_\_\_\_\_
16. ¿Cómo manejas tus sentimientos sexuales?  
Comúnmente (los ignoro, me masturbo, hago el amor, otros) \_\_\_\_\_
17. ¿Qué tan satisfecho estas con tus métodos de manejar tus sentimientos sexuales?  
Bastante satisfecho \_\_\_\_\_ Más o menos satisfecho \_\_\_\_\_  
Nada satisfecho \_\_\_\_\_ Totalmente insatisfecho \_\_\_\_\_

#### Imagen corporal

18. ¿Describe cómo te ves físicamente? Yo soy (delgado, gordo, fornido, alto, bajo, guapo, feo) \_\_\_\_\_
19. ¿Qué aspecto de tu apariencia física te gusta? Me gusta de mí (mi estatura, cabello, sonrisa, otros) \_\_\_\_\_
20. En caso de que quisieras cambiar algo de tu apariencia? ¿Qué te gustaría cambiar? (el peso, dientes, cara, nariz, senos, otros) \_\_\_\_\_
21. ¿Cómo te sientes acerca de tu apariencia? (muy bonita, molesta desde que estoy enferma, por la cirugía, entre otros) \_\_\_\_\_

#### Yo personal

##### Auto consistencia

22. ¿Cómo te describes como persona? \_\_\_\_\_  
Yo soy una persona (inteligente, con fuerza de voluntad, como un niño, que no vale la pena \_\_\_\_\_
23. ¿Cuáles son tus características personales? \_\_\_\_\_
- Yo ideal**
24. ¿Cuáles son tus aspiraciones como persona?  
Me gustaría ser (alguien que haga la diferencia, ser famoso, una persona fuerte, otros) \_\_\_\_\_
25. ¿Qué te gustaría cambiar acerca de lo que eres o lo que haces? \_\_\_\_\_

Me gustaría cambiar en mí (temperamento, el sentido de no pertenecer a nadie, las habilidades para las matemáticas, otros) \_\_\_\_\_

#### Yo moral, ético y espiritual

26. ¿Cómo describirías tus creencias espirituales? \_\_\_\_\_  
Yo creo en: Dios \_\_\_\_\_ Ser supremo \_\_\_\_\_ Orden natural \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
¿Cómo fortalecen tus creencias espirituales la visión de ti mismo? \_\_\_\_\_  
¿Cómo te evalúas a ti mismo? Soy una persona (muy persistente, tengo firmeza de hacer lo que quiero o lo que me propongo, tiendo a hacer exigente conmigo mismo, soy paciente, soy feliz) \_\_\_\_\_  
¿Cómo mides tú, tus propios estándares de vivir correctamente? (yo leo ciertas clases de libros, yoga, meditación, otros) \_\_\_\_\_



Valoración del Segundo Nivel: Estímulos											
Categorías	Sí	No	F	C	R	Categorías	Sí	No	F	C	R
<b>Desarrollo físico</b>						<b>Valores de autoatributos y autoestima</b>					
¿El comportamiento de la persona es congruente con la edad cronológica?						¿Has manifestado algunos de las siguientes conductas?:					
Ha habido cambios físicos en su cuerpo recientemente						Retirarte de amigos					
¿Cuál?						No ser espontáneo					
¿Te han afectado esos cambios?						Tristeza					
¿Cómo?						Ansiedad					
<b>Etapas de desarrollo cognitivo y moral</b>						<b>Capacidades y estrategias de afrontamiento</b>					
En la situación actual ¿Debes tomar alguna decisión importante? ¿Cuál?						Desmotivación					
¿Esa decisión es correcta?						Aislamiento					
¿Por qué?						Evitación					
<b>Crisis de madurez (Erickson)</b>						<b>Unidad o integridad</b>					
¿Está afrontando alguna crisis actualmente? ¿Cuál?						Intolerancia a la critica					
<b>Interacciones persona-ambiente</b>						<b>Conciencia de la persona y significado del ambiente</b>					
¿Es importante la familia para ti?						Negación					
¿De qué manera?						Rumiación					
¿El ambiente que te rodea es benéfico para ti?						<b>¿Has experimentado previamente una situación similar a la actual?</b>					
¿De qué manera?						<b>¿Cómo fue esa experiencia?</b>					
<b>Autoesquema</b>						<b>¿Estás organizado para equilibrar tu vida en la mejora de tu salud?</b>					
¿Tienes organizada la forma o los cambios que tienes que hacer al salir del hospital?						<b>¿De qué manera?</b>					
¿Cuáles?						<b>¿Tus propios valores individuales se comparan con los valores sociales de acuerdo a tu situación actual?</b>					
<b>Autoconciencia perceptual</b>						<b>¿Cómo?</b>					
¿Estás consciente de las limitaciones que la enfermedad te ha impuesto?											
¿Cuáles?											

### 3. Modo Función de Rol

Valoración del Primer Nivel: Conductas				
<b>Entrevista</b>		Selecciona con una (X) de los roles siguientes cuales realiza la persona y según la clasificación de Roy a que tipo pertenece:		
1. ¿Qué edad tienes? _____				
2. ¿Cómo está conformada tu familia? _____				
_____				
3. ¿Qué lugar ocupas en tu familia? _____				
4. ¿Cuál es el rol principal que desempeñas en tu familia? _____				
_____				
5. ¿Qué otros roles desempeñas y el tiempo de dedicación?				

Roles	Primario	Secundario	Terciario
Adulto			
Joven			
Estudiante de...			
Padre / Madre			



<p>—</p> <p>6. Indica el orden de importancia de los roles que desempeñas:</p> <p>—</p> <p>—</p> <p>7. ¿Quién ha influido en ti para el rol que desempeñas? (Indica influencias positivas y negativas)</p> <p>—</p> <p>—</p> <p><b>Conductas orientadas a objetivos y emociones</b></p> <p>8. De acuerdo a los roles que desempeñas (mujer/hombre adulto de 19 años, <b>estudiante universitario</b>), ¿cuáles son las conductas orientadas a los objetivos [rol secundario] que tú llevas a cabo?</p> <p>—</p> <p>9. ¿Cuáles son las emociones que sientes ante las actividades que tienes que realizar de acuerdo a tu rol [secundario]? _____</p> <p>—</p> <p>10. ¿Cómo afecta su rol de paciente a los roles que desempeña?</p> <p>—</p> <p>11. ¿Qué cambios tendrías que realizar para cumplir con tus roles?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Esposo (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hijo (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Empleado (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Jefe (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Tutor (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hermano (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Novio (a)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Compañeros (as)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Miembro de asociaciones Profesionales</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Entrenador deportivo Especificar:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Líder de grupo, ej. Boy Scout</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Grupos sociales Especificar:</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Esposo (a)					Hijo (a)					Empleado (a)					Jefe (a)					Tutor (a)					Hermano (a)					Novio (a)					Compañeros (as)					Miembro de asociaciones Profesionales					Entrenador deportivo Especificar:					Líder de grupo, ej. Boy Scout					Grupos sociales Especificar:				
Esposo (a)																																																													
Hijo (a)																																																													
Empleado (a)																																																													
Jefe (a)																																																													
Tutor (a)																																																													
Hermano (a)																																																													
Novio (a)																																																													
Compañeros (as)																																																													
Miembro de asociaciones Profesionales																																																													
Entrenador deportivo Especificar:																																																													
Líder de grupo, ej. Boy Scout																																																													
Grupos sociales Especificar:																																																													

### Valoración del Segundo Nivel: Estímulos

Evaluación	Respuestas	F	C	R
<b>Orientado a objetivos</b>				
<b>Usuario – Cliente</b>				
¿Cómo asume la persona su rol de paciente?				
<b>Recompensa</b>				
¿Qué recompensas o beneficios percibe la persona como paciente?				
<b>Acceso a instalaciones y circunstancias</b>				
¿Con qué materiales, tiempo y espacios cuenta el paciente para efectuar su rol?				
<b>Cooperación y colaboración</b>				
¿En qué grado la persona cuenta con apoyo para su bienestar?				

Evaluación	Respuestas	F	C	R
<b>Emocional</b>				
<b>Usuario – Cliente</b>				
¿Qué persona apoya apropiadamente a la persona en su recuperación?				
<b>Recompensa</b>				
¿De quién recibe motivación y retroalimentación el paciente?				
<b>Acceso a instalaciones y circunstancias</b>				
¿Quién aclara dudas y acompaña al paciente en la realización de sus tareas?				
<b>Cooperación y colaboración</b>				
¿Qué escenarios puede utilizar el paciente para cumplir con su rol?				

## 4. Modo de Interdependencia

### Valoración del Primer Nivel: Conductas



## Entrevista

### Personas Significativas

1. Indica en orden de importancia quienes son los seres u objetos más significativos en tu vida:

Padres	
Esposo(a)	
Amigos	
Familiares	
Dios/Religión	
Mascotas	
Propiedades (posesiones materiales)	
Dinero	

### Sistemas de Apoyo

2. ¿Con qué red de apoyo cuentas para realizar tus metas, objetivos o propósitos? \_\_\_\_\_

Personas	
<b>Grupos: (Especificar)</b>	
-Amigos	
-De trabajo	
-Deportivos	
-Altruistas	
-Clubs	
-Rol terciario (Especificar)	

### Personas significativas y Sistemas de Apoyo

3. ¿Cuál es el nombre de la persona más significativa para ti?

4. ¿Qué o quién representa tu sistema de apoyo? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué tanto dependes de ese sistema de apoyo? \_\_\_\_\_

6. ¿Con qué grupos, asociaciones u organizaciones estás involucrado? \_\_\_\_\_

7. ¿Qué significado tienes de esos sistemas de apoyo en términos de compromisos y responsabilidades? \_\_\_\_\_

8. ¿Qué trabajo haces en ese sistema de apoyo? \_\_\_\_\_

### Dar y Recibir

En tus relaciones, indica que conductas das y recibes de las personas que te son significativas:

Conducta	Dar	Recibir
Seguridad		
Amor		
Respeto		
Valor de persona		
Comunicación asertiva		
Empatía		
Apoyo mutuo		
Sentido de pertenencia		
Afecto		
Conocimiento		
Habilidades		
Compromiso		
Talentos		
Posesiones materiales		
Tiempo		
Lealtad		
Cuidado		
Atención		
Afirmación		
Pertenencia		
Aprobación		
Comprensión		

## Valoración del Segundo Nivel: Estímulos

Evaluación	Respuestas	F	C	R
¿Qué expectativas tienes de tus relaciones?				
¿Qué necesitas de esas relaciones?				
¿Cómo logras el equilibrio entre lo que das y lo que recibes?				
¿Cómo calificas tu autoestima?				

Evaluación	Respuestas	F	C	R
¿Cómo le expresas tu afecto a tus seres queridos?				
¿Qué estrategias utilizas para mantener la relación con las personas que te son significativas?				





¿Qué clase de relaciones tienes?					¿En qué etapa del desarrollo se encuentra (de acuerdo a Erickson)?				
¿Cómo calificas la calidad de las relaciones que tienes?					¿Qué tareas realizas que corresponden a esa etapa?				
¿Qué cambios importantes han ocurrido en tu vida? (Divorcio, enfermedad serias, pérdida de un ser querido, cambios en el sistema					¿En qué etapa del desarrollo se encuentra (de acuerdo a Erickson)?				
					¿Cómo has afrontado o resuelto estos cambios?				