

107



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LIBRO DE
ACTOS



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TITULADO:

“CUIDADOS EN EL HOGAR A UN PREESCOLAR EN
APOYO A SU DESARROLLO PSICOMOTOR EN LA
CIUDAD DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS”

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

Irma Ovalles Damián
No. Cta. 9661919-5

ASESORA

Lic. Margarita Cardenas Jiménez

Noviembre de 2000.

287063

2000
2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A mis padres, porque siempre me han apoyado en mis deseos de superación.

A mi esposo porque me ha dado libertad, confianza y su apoyo para crecer profesionalmente.

A mi asesora, por su sabiduría y paciencia para sacar adelante este trabajo. Gracias.

A Lulú por su apoyo incondicional para la elaboración y diseño de este trabajo.

INDICE

	Pag.
I. JUSTIFICACIÓN.....	3
II. OBJETIVOS.....	4
III. METODOLOGÍA.....	5
IV. MARCO TEORICO.....	9
1. Antecedentes de la enfermería.....	9
2. Conceptualización de la enfermería.....	13
Persona.....	14
Entorno.....	15
Salud.....	15
Cuidado.....	16
3. Antecedentes de los cuidados.....	18
4. Propuesta teórica de Virginia Henderson.....	27
5. Proceso atención de enfermería.....	35
6. El proceso basado en Virginia Henderson.....	62
7. Características de la etapa de vida del preescolar.....	64
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	72
1. Resumen valorativo.....	72
2. Jerarquización de necesidades y conclusión diagnóstica.....	80
3. Plan de seguimiento del cuidado domiciliario.....	85
4. Registro del plan de cuidados.....	96
5. Evaluación.....	107
6. Plan de alta.....	109
VI. CONCLUSIONES.....	111
VII. SUGERENCIAS.....	113
BIBLIOGRAFIA.....	114
ANEXOS.....	117

INTRODUCCIÓN.

Enfermería es un pilar básico en la atención de la salud de la sociedad que requiere de un compromiso profesional para atender a esa sociedad demandante con estándares de calidad.

Calidad que se adquiere a través de la adquisición de elementos espirituales e intelectuales.

Enfermería es una disciplina producto de una historia y de una práctica profesional que explica e implica su quehacer propio, líneas que se han perdido por buscar un único campo de acción que son las áreas hospitalarias donde la enfermera "medicaliza" los cuidados, quitándole la esencia de ese "cuidado"

Cuidado que va más allá de la administración de un medicamento más allá de una práctica hospitalaria.

Una práctica de cuidados en la comunidad donde los problemas no son identificados y atendidos tempranamente.

En base a lo anterior se ha realizado el presente trabajo, en donde se aborda de forma teórica y práctica un proceso de atención de enfermería dirigido a los cuidados en el hogar a un preescolar en apoyo a su desarrollo psicomotor, tomando como modelo el de Virginia Henderson, así como la utilización de la taxonomía de diagnósticos de enfermería, estos aspectos forman un engrane para interrelacionarse y complementarse entre sí, ya que

el proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de proporcionar cuidados de enfermería; el modelo conceptual es la estructura teórica que guía, sustenta y limita el campo de acción profesional de enfermería y la taxonomía diagnóstica hace referencia a la clasificación de los diagnósticos de enfermería en términos de su definición.

En cuanto al proceso de enfermería se incluyen cada una de sus etapas y se hace una amplia descripción de las mismas. En la etapa de valoración, se analiza la forma de recolección de los datos; en la etapa diagnóstica, se hace referencia en cuanto a la forma de elaborar un diagnóstico; en el plan se concretan los cuidados personalizados y en la evaluación, se analiza cómo los cuidados causan efectos en las respuestas de la niña.

I. JUSTIFICACIÓN.

El proceso de cuidados en el hogar a un preescolar, en apoyo a su desarrollo psicomotor, surge como una opción de tema para titulación y, a la vez, como una alternativa para brindar cuidados específicos al preescolar, ya que ésta etapa de la vida es determinante para su desarrollo pleno en la sociedad porque incluye el proceso de adaptación física, mental y social del niño que conduce a la formación de la personalidad, pues desde el punto de vista físico se hacen presentes algunos problemas orgánicos y, en cuanto al aspecto psicológico y social, esta edad es la más receptiva para la incorporación de las actitudes que moldearán el carácter y la personalidad individual.

La práctica cotidiana de enfermería consiste en proporcionar cuidados al individuo, familia y comunidad, considerando que tiene gran relevancia la participación de la enfermera en el hogar para promover y atender la salud del preescolar de una manera que le permita conservar sus diferentes procesos fisiológicos y psicológicos en equilibrio.

Se pretende que este modelo pueda tomarse para su uso y manejo en el consultorio de la enfermera materno infantil, en el hogar y por qué no, en aulas preescolares por licenciados de enfermería.

II. OBJETIVOS.

- 1. Ofrecer cuidados integrales en el hogar a un preescolar en apoyo a su desarrollo psicomotor.**
- 2. Dejar un modelo para su utilización y manejo en el hogar, en el consultorio de EMI y en la dirección de una escuela de preescolares.**

III METODOLOGÍA.

El presente proceso de enfermería se aplicó a un preescolar en el hogar en apoyo a su desarrollo psicomotor.

La metodología de trabajo fue la siguiente:

No.	ACTIVIDAD	FECHA	DIAS	HORAS
1	Búsqueda de material bibliográfico y elaboración de fichas.	Del 20 de mayo al 02 de julio 2000.	43	172
2	Se realizó selección de preescolar y solicitud de participación a los padres a través de consentimiento informado.	25 de mayo	1	4
3	Se realizó primer visita domiciliaria de trabajo para tomar acuerdos	27 mayo	1	4
4	Se realizó segunda visita domiciliaria para iniciar valoración de necesidades humanas.	3 junio	1	4
5	Se realizó tercer visita domiciliaria para continuar con la valoración de las necesidades humanas.	10 junio	1	4
6	Se concluye con la valoración de las necesidades humanas en una cuarta visita domiciliaria	17 junio	1	4
7	Se realiza la conclusión diagnóstica de enfermería y se elabora el plan de seguimiento domiciliaria conjuntamente con la familia.	Del 21 al 26 junio del 2000.	6	24
8	Se inició el trabajo de cuidados domiciliarios.	Del 27 de junio al 16 de julio	20	80

No.	ACTIVIDAD	FECHA	DIAS	HORAS
9	Evaluación	16 al 18 de julio	3	12
10	Asignación de actividades de seguimiento para los padres.(plan de alta)	19 de julio	2	8
11	Visita de seguimiento	15 de agosto	1	4
12	Visita de seguimiento	02 septiembre	1	4
13	Visita de seguimiento	17 septiembre	1	4
	Total		82	328

MARCO TEÓRICO.

1. ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA.

A partir del México contemporáneo, después de la revolución sobresalen 3 líneas de aplicación de enfermería: partera, sanitaria, hospitalaria.¹

Partera.- La tradición prehispánica aunada a la colonial fomentaba la atención a parturientas por parteras, quienes en orden secuencial controlaban el embarazo, atendían el parto y proporcionaban cuidado al recién nacido; estas actividades fueron desplazadas por el creciente desarrollo de instituciones (IMSS- ISSTE) en donde los médicos "usurparon actividades propias de la profesión de enfermería, quienes lejos de lucrar creaban vínculos afectivos en relación al género y la cultura de la mujer. Es importante hacer notar la postura del Dr. Rábago en el servicio de Zimapán en donde relega a la partera profesional de enfermería, asignándole funciones de enfermera auxiliar. En este momento también el Dr. Sordo Noriega afirma que la enfermera deberá prepararse en anestesia y pediatría para cubrir estas áreas cuando los médicos no lleguen oportunamente. Una vez más se hace notar la supremacía de género asignándole a la mujer las funciones que ellos no quieren hacer y controlando a través de la subordinación.

En 1960 el Dr. Fragozo prohíbe que los partos sean atendidos por enfermeras parteras y las suprime en los tabuladores (IMSS).

¹ Martínez Benítez, Ma. Matilde, et. al., Sociología de una profesión, el caso de enfermería. Centro de Estudios Educativos, A.C. Ediciones Nuevo Mar, S.A. de C.V. 1985. pp 15-35.

En esta década observamos también la tolerante conveniencia de aplicar la política "dejar hacer" o sea toda vez que el médico no se traslada a zonas rurales, entonces sí se apoya que la atención prenatal sea otorgada por empírica.

Llama la atención el por qué se relega a la partera profesional y se promueven a las parteras empíricas, por otro lado el estado extiende cobertura prenatal con "mano de obra barata".

Enfermera Sanitaria: Se hace notar a partir de 1921 involucrándose en el departamento de salubridad. Las actividades consistían en vacunación, tratamientos de enfermedades venéreas, oftalmía purulenta, control de casas de citas, etc. Participaban en unidades sanitarias cooperativas al lado del Jefe y agente municipal, el objetivo era integrar a la comunidad para dar solución a sus problemáticas y hacerles crecer con recursos propios.

Como enfermeras visitadoras impartían enseñanza de higiene en general, extendían sus servicios a las escuelas, abarcando ámbitos familiares y sociales. Se hacen notar en brotes epidémicos, siniestros (ciclones, etc) En 1945 surge la Oficina General de Enfermería Sanitaria con enfermeras mexicanas egresadas de la U.S.A. y Canadá, becadas por la fundación Rockefeller, fueron ellas quienes consolidaron las tareas emprendidas.

Las enfermeras sanitarias mediante un estudio de comunidad se involucraban en las comunidades cubriendo un amplio campo: vacunación, vigilancia y atención del parto, cuidados al recién nacido, educación nutricional, cría de gallinas, conejos, cultivos en hortalizas, elaboración de letrinas y lavaderos, capacitación a promotores y empíricas, etc. Esta organización y movilización de la enfermera, lejos de ser enaltecida fue

explotada por los ejes normativos en salud, ya que asignaron plazas supernumerarias a enfermería lo que implica que esos años no fueron reconocidos para su jubilación.

A mediados de los años 60's se inicia el declive de la enfermera sanitaria "El médico ya había aprendido y la enfermera le hacía sombra, y además le estorbaba", refieren enfermeras de esa época. Una vez a la cabeza, el personal médico asignó a enfermería tareas inútiles y superfluas sin poder de decisión y sin actividades de asesoría, organización, supervisión y normatividad.

Concluir el ciclo de la enfermera sanitaria no fue debido a la satisfacción o disminución de necesidades en la comunidad, sino a que ahora los médicos ocupaban los puestos de las sanitaristas para los cuales no poseen ni la preparación, ni la mística de la salud pública, por lo cual su trabajo no es directo, así que organizan estrategias (COPLAMAR 1977) con acciones semejantes a las que desempeñaban las sanitaristas, pero ahora realizadas con personal empírico que trabaje a menor costo y con mayor sumisión.²

Se observa también que poco a poco fueron cerrando las Jefaturas de Enfermería en Salud Pública y las dependencias centrales fueron ocupadas por personal médico.

La enfermera hospitalaria. En años posteriores a la revolución, enfermería adolecía de grandes deficiencias, sin embargo las enfermeras jefes de sala contaban con amplio reconocimiento y prestigio por su actuación al igual que los médicos y su autoridad fue indiscutible.

² Martínez Benítez, Ma. Matilde, Op. Cit. pp 45-81.

La enfermera trabajaba las 24 horas del día porque en cualquier momento se le podía necesitar, descansaba un día a la semana.

En 1933 la enfermera Gómez Sigles logró suprimir el internado y reducir el horario de trabajo a 12 horas diarias.

Para 1939 se restablece el horario de 8 horas diarias.

En 1954 en el Seminario de Zimapan, S.S.A., OPS, UNAM, hacen una clasificación subprofesional para toda enfermera, no obstante que la ley coloca como profesionistas a las tituladas. En este trato de la lenta maduración que había logrado la profesión y se logra la clasificación entre la enfermera auxiliar y la enfermera titulada, haciendo la diferencia en el color del uniforme, distintos colores para la enfermera auxiliar y color blanco exclusivamente para la enfermera profesional.

Esta diferenciación agravó el problema al separar tan despectivamente al personal auxiliar del profesional.

La enfermera ha tenido que soportar doble lucha, por un lado contra la enfermera auxiliar que invadió sus oportunidades de trabajo y por otra contra el gremio médico que fue cercenando en su provecho, funciones realizadas por enfermería. En los 15 años posteriores al congreso de Zimapan, la enfermera hospitalaria creció en número y mejoró su preparación, se crearon varios cursos de especialización, se dieron avances en la medicina, modernización de hospitales y apertura de escuelas de enfermería.

El surgimiento de instituciones como el IMSS y el ISSSTE como un campo de trabajo atractivo para las enfermeras quienes obtenían mejores salarios a cambio de institucionalizar y burocratizar las funciones de su competencia.

En las instituciones los altos índices de ausentismo programado y no programado no siempre han sido cubiertos por la administración hospitalaria, por lo cual el trabajo ha recaído en un número insuficiente de personas que no alcanzan a cubrir los cuidados requeridos por los enfermos. Las sobrecargas de trabajo no permiten una relación más afectiva y personalizada con los pacientes.

Las protestas que emanan de esta situación son interpretadas como pérdida del sentido de responsabilidad y de servicio con fines lucrativos. La rígida organización actual de algunos hospitales ha ocasionado que muchas enfermeras se sientan utilizadas y manipuladas por la administración.

Es deprimente observar el desplazamiento arbitrario del que ha sido objeto la profesión de enfermería, tal es el hecho del cierre de varias jefaturas de enfermería entre ellas, la Dirección General de Enfermeras de la S.S.A.

Como consecuencia se ha obtenido la desarticulación y pulverización del gremio de enfermeras, por tal motivo es natural que se tenga menos fuerza política y menos recurso para proteger los intereses laborales y promover la cohesión gremial de las enfermeras.³

En general se mejoran las condiciones laborales con respecto a lo académico, se pone en práctica un plan experimental de estudios de enfermería para alumnos con bachillerato, el cual es la base para promover la carrera de licenciado en enfermería. La creciente demanda de personal de

³ Martínez Benítez, Ma. Matilde, Op Cit. pp 75-84.

enfermería fue atendida mediante diferentes medidas, las instituciones desarrollaron varios modelos educativos SSA: ⁴

La práctica profesional de la enfermería en México, ha sido predominantemente hospitalaria, enfocada a lo biológico, lo curativo, a la realización de procedimientos derivados del tratamiento y de la tecnología médica, pero si pensamos en nuestra disciplina se deben buscar espacios y posibilidades de una práctica alternativa que se oriente al entorno de trabajo, centros escolares, deportivos y en los sitios donde las personas acuden a atender su salud, consultorios de enfermería, clínicas, centros comunitarios de salud y hospitales; centrarse en el cuidado de los individuos con una visión integral tendiente a proteger y mantener la salud, respetar los sentimientos y los derechos de la persona que cuida, basándose en un cuerpo teórico disciplinario y con el desarrollo de tecnologías tendientes a resolver problemas de salud de manera independiente y participar con otros profesionales de la salud en el análisis y planeación de programas orientados a la promoción de la salud y de la vida.⁵

⁴ Martínez Benítez Ma. Matilde, et. al., Op. Cit. pp 93-99.

⁵ Programa conceptualización de la enfermería del Comité de Desarrollo Curricular y de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia dependiente de la UNAM, pp 13-14

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA.

Si tratamos de conceptualizar lo que es enfermería diferenciamos en general a la enfermería como una profesión orientada a cuidar, en contraste con otras disciplinas de salud orientadas a curar.

Enfermería es el arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera, junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifican metas comunes para realizar y mantener la salud.

Enfermería es un arte porque requiere que la enfermera perciba el significado del momento para la persona que ella cuida y pueda rápidamente entender y actuar.

Enfermería es una ciencia porque incorpora el conocimiento ganado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir componentes del cuidado de enfermería.

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora la complejidad biopsicosocial del individuo y considera sus necesidades dentro del contexto de su mundo único.

Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona está confrontando, con el fin de asistir a la persona a entender estas experiencias y ganar fuerza para movilizarse hacia un estado de salud.

Esta definición incorpora los cuatro conceptos del metaparadigma de enfermería: persona, entorno, enfermería y salud.⁶

El metaparadigma es el componente más abstracto de la estructura jerárquica del conocimiento de la enfermería, es general y reúne los propósitos intelectuales de la disciplina para diferenciarlos de otras y delimitar el cuidado como objeto de estudio, de tal forma que no abarque los objetos de estudio de otras disciplinas, el metaparadigma no incluye creencias, valores individuales y particulares de la cultura o grupos, dado su carácter general tiene un alcance internacional, lo cual lo hace aplicable en cualquier medio y por lo tanto en nuestro país.

Persona. Es la unidad esencial humana del cuerpo y del espíritu como ser individual, se sabe como un ser que posee espiritualmente y se comprende así mismo; cotidianamente piensa, siente, quiere, desea, tiene objetivos y planes, alegrías y tristezas y a través de todo, experimenta su "yo" como algo determinado y concreto, como ser personal radicalmente único y singular que se destaca de todos los hombres por extraños, lejanos, cercanos y familiares que le pueden resultar, es así como la persona se considera única y particular, lo que determina necesidades propias, las cuales se constituyen en el punto de referencia para el cuidado de enfermería.

La persona posee un cuerpo que le es propio y le pertenece como ninguna otra cosa, fuera de él, lo experimenta desde dentro como algo vivificado y movido por él, como el instrumento de su propia acción y pasión; su cuerpo es el instrumento más inmediato de su autorrealización.

⁶ Grispum Doris, Identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico, pp. 179-181.

Persona es un ser que conoce y un espíritu que piensa, determinado por el libre albedrío y la acción, elementos a través de los cuales alcanza su plena autorrealización, de ahí que sea ella misma el mejor instrumento para desplegar su cuidado, conocer y decidir cómo cuidarse, por lo que a la enfermera le corresponde impulsar el hacer de la personal.

Uno de los rasgos esenciales de la persona es que no vive ni puede vivir en la inmediatez de una naturaleza dada sino en la medicación de la naturaleza a cultura; por su propia naturaleza la persona es un ser cultura y ha de transformar su modo hasta se de él un mundo de cultura, sólo así podrá convertirse en el espacio vital humano, en consecuencia el hablar de persona implica considerar las múltiples determinantes culturales y sociales que entran en juego para el cuidado.

Al hablar de la persona se deben considerar los siguientes aspectos: que es una unidad indivisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, social y económica).

El cuerpo es el objeto material que le permite la medicación entre su naturaleza y la cultura.

El conocimiento posibilita y orienta la autorrealización, la cual se concreta en la libertad y acción de la personal.

Entorno. El entorno se concibe como el conjunto de relaciones entre el mundo natural y los seres vivientes que influyen sobre la vida y el comportamiento del propio ser, de tal manera que este representa para el individuo un espacio vital, su mundo único del cual puede salirse y ser capaz de adaptarse en cualquier momento a otro.

Persona y entorno mantienen una relación de interdependencia ya que aquí se ven contemplados los hechos físicos que irrumpen en el ambiente psicológico y que se relacionan con la zona interna de la persona, influyendo sobre sus relaciones y su comportamiento. Al ser la persona y el entorno interdependientes, provocan una relación dialéctica en la cual la persona determina el entorno y a su vez el entorno la determina y ambos son concluyentes de la salud.

Salud. La salud no puede ser definida ni universal ni estáticamente, es la armoniosa interacción entre la persona y el entorno, la salud es una dimensión que se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, es principio y motor de la vida y no puede ser absoluta porque es inseparable del ambiente social y ecológico de la comunidad, el cual es esencialmente variable debido a la actividad del hombre.

En la concepción de salud se consideran los siguientes componentes: un componente subjetivo (bienestar), un componente objetivo (capacidad para la función) y el componente psicológico social (adaptación biológica, mental y social de la persona).

La salud se relaciona con las estructuras socioeconómicas, con el sistema de producción y consumo, con el nivel y los modos de vida de las clases y grupos sociales y evidentemente, del individuo, con las desigualdades sociales existentes, con el grado de instrucción de cada persona y con el grado de participación de la comunidad.

Enfermería. Ha sido definida por diferentes teorías, Virginia Henderson, menciona: "La función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su

salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda, si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacer ésto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible"; Doris Grispan, considera a la enfermería como: "El arte y la ciencia del cuidado integrado y comprensivo, en el cual la enfermera junto con la persona beneficiaria de estos cuidados, identifica metas comunes para realizar y mantener la salud"; Dorotea Orem, dice: "Son las acciones que tienen por objeto vencer o prevenir el desarrollo de limitaciones en el autocuidado o proporcionar un cuidado propio terapéutico a los individuos que son incapaces de hacerlo por sí mismos".⁷

⁷ Programa de conceptualización, Op. Cit. pp 5-8

3. ANTECEDENTES DE CUIDADOS.

Los movimientos científicos, tecnológicos y sociales del siglo XX han tenido un efecto significativo sobre el desarrollo de los cuidados de salud y sobre las directrices de enfermería.

Acontecimientos y elementos sociales influyeron directamente e indirectamente en el sistema de los cuidados de salud que se impartían y en los papeles y funciones de quienes los proporcionaban. Durante la primera mitad del siglo XX hubo numerosos factores que impulsaron el progreso de la enfermería: dos guerras mundiales, la autoorganización de las enfermeras, la legislación general y de la enfermería, los problemas de bienestar social, el apoyo a las disciplinas de la salud por parte de fundaciones nacionales, y a mediados del siglo se dieron movimientos sociales que afectaron profundamente los cuidados de salud y la enfermería, entre ellos el consumismo, la creciente concientización y la exigencia del paciente de recibir cuidados de salud de calidad; cambios en los modelos de trabajo – ocio; la lucha por los derechos civiles; el progreso de la salud pública; el desarrollo de organizaciones de salud tanto voluntarias como gubernamentales y la lucha por la igualdad de derechos de la mujer.

A lo largo de todo el siglo se fueron dando cambios trascendentales en la enfermería como es el descubrimiento de nuevos fármacos, nuevas técnicas y tecnologías lo cual ha acrecentado las responsabilidades de las enfermeras y ha obligado a introducir modificaciones radicales en los cuidados de enfermería. El cuidado del paciente de hoy plantea retos diferentes a los que tuvo que afrontar Florence Nightingale, puesto que a las enfermeras de la actualidad se les exige efectuar tareas que antaño realizaron los médicos.

Antes de la década de los treinta, habían pocas enfermeras graduadas que fueran empleadas en los hospitales y la mayor parte de los cuidados corrían a cargo de estudiantes. En aquel tiempo la "enfermería" incluía una gran variedad de tareas que nada tenían que ver con la profesión.

Hacia los años cuarentas, las enfermeras ya llevaban a cabo muchas más tareas y procedimientos como la determinación de la presión arterial; aspiración ante diversos procesos, la ayuda en las transfusiones, la administración de oxígeno, la inyección de medicamentos y otras técnicas más sofisticadas (colaboración en los quirófanos, salas de partos y salas de ambulatorias).

Para los años cincuentas y sesentas fue una época de revolución para los cuidados de salud en cuanto al desarrollo del corazón y pulmón artificial, la cirugía a corazón abierto, la cateterización cardiaca, la diálisis renal, la cirugía con láser, los dispositivos de alta frecuencia para la coagulación sanguínea, y las nuevas vacunas, medicamentos y aparatos de monitorización.

La ampliación del campo de la ciencia médica había hecho de los cuidados de la enfermería algo cada vez más complejos, al tiempo que había puesto más exigencias sobre las enfermeras que tenían que identificar cambios muy sutiles en el estado de los pacientes, estar familiarizadas con sofisticadas técnicas de tratamiento, aumentar su habilidad de interpretación de los datos de laboratorio, reconocer delicadas interrelaciones fisiológicas y poder controlar de cerca la eficacia de los tratamientos con fármacos potentes e incluso experimentales.

Es así como enfermería ha ido perdiendo su esencia, ha preferido volcarse a la atención hospitalaria y no al cuidado de enfermería que también lo podemos dar en la comunidad en áreas rurales en donde realmente se contemplan carencias del cuidado enfermero.⁸

Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle y, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, la muerte del grupo, la muerte de la especie. Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.⁹

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

Cuidar también es un acto de darse a sí mismo cuando se tiene autonomía, pero también se da reciprocidad a cualquier otra persona que temporal o definitivamente requiere ayuda para asumir sus necesidades vitales.

Según la concepción de Virginia Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas

⁸ López Luna, María Concepción, *Enfermería Sanitaria*, México, D.F., Interamericana, S.A. de C.V. 1989, p 11.

⁹ Colliere Marie Françoise, *Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*, Madrid, Interamericana, Mc Graw Hill, 1993.

actividades sin ayuda si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios.¹⁰

Los cuidados básicos son conceptualizados como acciones que lleva a cabo la enfermera en el desarrollo de su función propia, actuando según criterios de suplencia o ayuda, según el nivel de dependencia identificado en la persona. Henderson dice "este es el aspecto de su trabajo, de su función que la enfermera inicia y controla y en el que es dueña de la situación"

Los cuidados básicos de enfermería están íntimamente relacionados con el concepto de necesidades básicas Henderson dice: "Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. En otras palabras, la enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona". De ahí surge el concepto de cuidados individualizados y dirigidos a la persona en su totalidad.

Antiguamente el cuidado era una acción para otra persona a fin de asegurarle la continuidad de la vida. La historia del cuidado se perfila alrededor de 2 grandes ejes: el bien y el mal. Cuidar no quiere decir dar medicamentos. "Cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un

¹⁰ Kérovac, Suzanne, et. al., El pensamiento enfermero, Barcelona, Masson, S.A., 1996, p28.

conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación".¹¹

Colliere al diferenciar la naturaleza del cuidado con las funciones de la vida, retoma el vocabulario inglés "to care", cuidar "to cure", curar. To care se enfoca a los cuidados habituales, cotidianos y costumbre para la conservación y mantenimiento de la vida, como son maternos, aseo, alimentación, desplazamiento, relaciones sociales, etc. To cure, cuidado para la curación o tratamiento de la enfermedad. Su objetivo es limitar la enfermedad, luchar contra ella, abatir sus causas. La influencia médica occidental y el avance de la tecnología ha mantenido la tendencia de este cuidado, ocupándose por la célula, el tejido o el órgano, ocasionando una ruptura entre el cuerpo y el espíritu descuidando el sentido humanista y los cuidados habituales cotidianos; de qué sirve entonces establecer o tratar si no se toma en cuenta todo aquello que mueve la vida. Estoy totalmente de acuerdo con las apreciaciones de Colliere, en que ambos tipos de cuidados deben mantener una interrelación y equilibrio que satisfaga en su totalidad las necesidades de los pacientes.

A menudo el cuidado es "invisible" (Colliere, 1986). Cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su camino estando presente, son acciones invisibles. La enfermera invita a la persona a tomar conciencia de sus elecciones de salud, a actuar y a llevar a cabo las actividades ligadas a la salud. Según Wolf (1989), el papel (rol) de las enfermeras consiste en hacer posible la acción o la actuación de una persona. Una persona que cuida o

¹¹ Colliere Marie Françoise, Op Cit. p39

que es cuidada "sabe" que un cuidado que marca la diferencia favorece el desarrollo y el crecimiento.

Para cuidar, es decir, para conocer a la persona y su entorno y para apoyarla hacia el logro de los objetivos que ha escogido y hacia las posibilidades que provienen del interior, la enfermera necesita algo que es escaso, el tiempo (Masson, 1985; Stelling 1991) Un tiempo demasiado corto significa un cuidado enfermero incompleto. Se cumplirán las tareas rutinarias, pero habrá que sacrificar una parte importante del cuidado, el que exige la reflexión, el que apoya y refuerza. El tiempo asignado a las tareas rutinarias es utilizado simultáneamente para conocer y "apoyar" al cliente. Sin embargo, a veces es necesario más tiempo para el cuidado que va más allá de las tareas y que transforma.¹²

Mientras la mayoría de los oficios proceden de un encuentro con la materia, el proceso de los cuidados de enfermería procede de un encuentro entre dos o más seres vivos.

La calidad del cuidado proporcionado por enfermería va a depender del tipo de educación y conocimiento de la enfermera, así como de su organización. El plan de cuidados para satisfacer las necesidades del paciente, parte de un acto de reflexión para percibir los signos del proceso salud – enfermedad, descifrarlos y buscarles sentido en relación a su contexto de vida y sus actividades cotidianas.

¹² Kérovac, Suzanne, Op. Cit. pp 75-81

Aplicación de datos empíricos.

Henderson aplicó principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de la enfermería. Henderson supone que "una definición de enfermería debería llevar implícito el principio de equilibrio fisiológico". Con la teoría de Bernard, también mejora su apreciación de la medicina psicosomática y sus implicaciones en enfermería. Henderson afirma: "Era obvio que el equilibrio emocional es inseparable del equilibrio fisiológico, una vez que comprendí que una emoción es en realidad nuestra interpretación de la respuesta celular a las fluctuaciones de la composición química de los fluidos intracelulares".

Se observa una correlación entre la jerarquía de necesidades de Abraham Maslow y los 14 componentes de la asistencia de enfermería de Henderson, aunque no cita a Maslow como influencia.¹³

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería, ya que en su época tal cuestión no era motivo de su especulación. Lo que ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación que le causaba el constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Ya desde la época de estudiantes, sus experiencias teóricas y prácticas la llevaron a preguntarse qué es lo que deberían hacer las enfermeras que no pudieran hacer otros profesionales de la salud. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería de aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia.

¹³ Marriner, Ann, Modelos y teorías de enfermería, Madrid, Doyma; 1996, pp 102-104.

El ser humano tiene la salud y la enfermedad de la vida que llevan. Si el proceso de cuidar y los cuidados de enfermería no toman esto en cuenta, tales cuidados carecen de eficacia.

La reflexión comprende 2 tiempos: descubrir a la persona a través de lo que dice por medio de interrogatorios estereotipados y sistemáticos, lo cual permite clasificar a las personas en una categoría.

Descifrar lo que las personas intentan decir y confrontarlo con las fuentes del saber que orientan sobre su significado.

Primera fuente del conocimiento: Escuchar a la gente que se expresa sobre su problema, aprender a ver, aprender el lenguaje corriente utilizado en la vida diaria.

Concentrar la observación: En la comunicación no verbal que transmite la persona, en sus facciones, mirada, postura, peinado, así como de su entorno social, con ello podremos apreciar: soledad, desamparo, penas, tristeza. Estos signos son un complemento de lo descubierto en el interrogatorio, ambos deben vincularse para su interpretación.

Aprender el lenguaje coloquial: El lenguaje profesional ha perdido las referencias simbólicas que dan sentido a lo que dice la gente, no comprende y no traspone nada más que lo que se refiere a las normas de lo normal y lo patológico. Por tal motivo la gente al no contar con tecnicismos, teme no darse a entender con sus palabras habituales y de cultura, por o tanto el cuidador debe apelar a otras fuentes de conocimiento para desarrollar una

capacidad de reflexión sobre la información emitida por los dadores de cuidados y ser capaz de utilizarla.

Necesidad de renovar el conocimiento y tener una pluralidad: las enfermedades no son específicas de la patología y la medicina, también afectan las raíces del mal cultural; mitos, entorno social, etc. Por tanto enfermería tiene que superar la necesidad de emplear conocimientos diferentes para comprender los factores que se presentan en las situaciones y saber aprovechar los recursos existentes.

Qué conocimientos: Identificar y aceptar la postura del hombre en el planeta que es su nicho ecológico, parte del universo cosmogónico. Por tal disciplina del conocimiento debe ampliarse a la biología, la demografía, la sicología social, la antropología cultural, sociología, economía, etc. Tiene sentido el cúmulo de los conocimientos, cuando se aprovechan y se interacciona alrededor del ser bio – cultural enfrentando el combate vida – muerte.

4. PROPUESTA TEÓRICA DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en 1897, oriunda de Kansas City, Missouri, pero pasó su infancia y adolescencia en Virginia.

Durante la Primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería y en 1918, ingresó a la Army School of Nursing de Washington, D.C. Henderson se graduó en 1921, aceptando un puesto de enfermera en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su actividad como profesora de enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teacher's College de la Universidad de Columbia, donde obtuvo los títulos de B.S. y M.A. en Formación de enfermería. En 1929, Henderson trabaja como supervisora de enfermería en el Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Vuelve al Teacher's College en 1930, como miembro de la facultad, impartiendo cursos sobre el ejercicio profesional hasta 1948.

Desde 1959 – 1971 dirigió el Nursing Studies Index Project, patrocinado por Yale. El Nursing Studies Index fue elaborado en cuatro volúmenes comentado que ordenaban la literatura biográfica, analítica e histórica sobre enfermería desde 1900- 1959. Participó como autora y coautora en varios trabajos importantes. En 1960 fue publicado su folleto Basic Principles of Nursing Care, siendo traducido a más de 20 idiomas.

En 1964, junto con Leo Simmos, publican una revisión de la investigación nacional de enfermería.

Su influencia y los logros conseguidos en la profesión de enfermería le han reportado al menos nueve investiduras como Doctor Honoris Causa y el primer premio Christiane Reimann.

En la convención de la American Nurses Association, recibió una mención honorífica especial por las contribuciones que ha realizado durante toda su vida a la investigación, formación y desarrollo profesional de la enfermería.

Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría.

Henderson publicó por primera vez su definición de la enfermería en una revisión de la obra de *The principles and practice of nursing* en 1995, junto con Harmer.

En la decisión de Henderson de crear su propia definición de la enfermería influyeron principalmente tres factores. En primer lugar en 1939, revisó el *Text Book of Principles and Practice of Nursing*. Henderson ve en este texto el origen de su percepción de "La necesidad de aclarar las funciones de las enfermeras" Otra razón fue su participación como miembro de un comité en la conferencia regional del National Nursing Council en 1946. Su trabajo fue incluido en el artículo de Esther Lucile Brown de 1948, *Nursing for the future*. Henderson cree que este artículo representata "Mi punto de vista modificado por lo que pensaban los demás miembros del grupo". Finalmente, Henderson se interesó por los cinco años de investigación que la American Nurses Association había realizado sobre la función de la enfermera, ya que no estaba de acuerdo con la definición que la ANA había adoptado en 1955.

La cristalización de sus ideas, se recoge en una publicación de 1956 en el libro *The nature of nursing*, en el que define la función propia de la enfermera de la siguiente forma: "La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquéllas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (a una muerte serena) Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria. Todo ello de manera que le ayude a recobrar su independencia de la forma más rápida posible".

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

1. Persona.

Necesidades básicas.

2. Salud.

Independencia

Dependencia.

Causas de la dificultad o problema.

3. Rol profesional.

Cuidados básicos de enfermería.

Relación con el equipo de salud.

4. Entorno.

Factores ambientales.

Factores socioculturales.

Persona.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera y a partir de ella, Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano

único y complejo con componentes biológicos, psicológicos socioculturales y espirituales, que tiene 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento:

- Necesidad de oxigenación.
- Necesidad de nutrición e hidratación.
- Necesidad de eliminación.
- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- Necesidad de descanso y sueño.
- Necesidad de usar prendas de vestir adecuadas.
- Necesidad de termorregulación.
- Necesidad de higiene y protección de la piel.
- Necesidad de evitar los peligros.
- Necesidad de comunicarse.
- Necesidad de vivir según sus creencias y valores.
- Necesidad de trabajar y realizarse.
- Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.
- Necesidad de aprendizaje.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, cada persona, en su unidad, tiene la habilidad y capacidad de satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 necesidades básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades que implica que cualquier modificación, en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes.

La salud. Independencia / dependencia y causas de la dificultad.

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales. En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud, cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe, según Henderson, a tres causas y que identifica como "falta de fuerza" "falta de conocimiento" o "falta de voluntad".

El concepto de independencia puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por sí mismo sus necesidades básicas, es decir, llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo y situación, las cuales variarán según los aspectos biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

La dependencia puede ser considerada en una doble vertiente. Por un lado, la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades. Por otro lado, puede ocurrir que se realicen actividades que no resulten adecuadas o sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse al igual que los de independencia de acuerdo con los componentes específicos de la persona (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales⁹.

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson las agrupa en tres posibilidades:

1. Falta de fuerza: Fuerza no es solamente la capacidad física o habilidad mecánica de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual está determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.
2. Falta de conocimientos. En lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
3. Falta de voluntad. Incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas, puede dar lugar a una dependencia total o parcial, así como temporal o permanente.

Rol profesional. Cuidados básicos de enfermería y equipo de salud.

Henderson analiza la contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinario, considerando que colabora con los demás miembros del equipo así como éstos colaboran con ella "en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la

muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia”.

En relación al paciente, Henderson afirma que “todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que primordialmente su misión consiste en “asistir” a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con el y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderán gran parte de los esfuerzos del equipo”.

El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.¹⁴

Según la concepción de Henderson, los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades relacionadas con la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Estas personas podrían llevar a cabo estas actividades sin ayuda, si tuviesen la fuerza, la voluntad y los conocimientos necesarios (Henderson y Nite, 1978) El objetivo de la profesión enfermera es pues, conservar y restablecer la independencia del cliente de manera que pueda satisfacer por sí mismo sus necesidades fundamentales (Adam 1991; Henderson, 1964).

Si la función específica de la enfermera consiste en suplir, en la persona lo que le falta para ser completa, entera o independiente (Adam, 1991; Henderson, 1964), los modos de intervención de que dispone la enfermera

¹⁴ Fernández Ferrín, Carmen, et.al., El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería, Ed. Marzo, Salvat, Barcelona, 1995. pp 82-87

son los siguientes: reemplazar, completar, sustituir, reforzar y aumentar la fuerza, la voluntad o el conocimiento de la persona. Cuando la persona no puede satisfacer sola una necesidad, la enfermera dirige su atención a la zona de dependencia o a la fuente de dificultad tratando de suplirla y ayudarle a mantener su integridad (Adam, 1991). El juicio clínico de la enfermera la lleva a reconocer las necesidades insatisfechas y las fuentes de dificultad relacionadas (Fulton, 1987), las consecuencias esperadas son, a corto plazo, la satisfacción de las necesidades del cliente; a medio o largo plazo, recobrar la independencia en la satisfacción de sus necesidades o, en ciertas situaciones, una muerte tranquila (Adam, 1991)¹⁵

Entorno.

Si analizamos el contenido del modelo de Virginia Henderson, la autora menciona unas veces de forma implícita y otras explícitamente la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico (familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

¹⁵ Kérovac, Suzanne, Op Cit. pp 28-29

5. PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

ANTECEDENTES.

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Por primera vez en 1995 Hall lo describió como un proceso distinto.

En 1959-1963, Johnson, Orlando y Wiedenbach desarrollaron un proceso de tres fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual.

Virginia Henderson en 1965, planteó que el proceso de enfermería era el mismo que el de las etapas del método científico.

En 1965, Mc Cain introduce por primera vez el término valoración. Para valorar utilizó como marco las capacidades funcionales del cliente. Recogió y registró datos objetivos del cliente.¹⁶

Para 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70's, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

¹⁶ Kosier, Bárbara, Enfermera fundamental, Edit. Interamericana, México, 1994, pp 180-181

A partir de ese momento el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de la enfermería.

La ANA utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El proceso de enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería.¹⁷

También en 1967 Knowles describió la actividad de enfermería en etapas de: descubrir, investigar, decidir, hacer y discriminar. Las enfermeras recogen datos en las dos primeras fases.

En 1976, Wiche (Western Interstate Comision on Higher Education) en 1976, enumeró las etapas del proceso de enfermería como percepción y comunicación, interpretación, intervención y discriminación.

Entre los años de 1950-1960 se desarrolló el concepto de diagnóstico de enfermería, se aplicó a la identificación de los problemas o necesidades del cliente; en este término no fue aceptado fácilmente (aunque muchas enfermeras lo consideraron básico para la enfermería profesional) en virtud de pensar que era igual al diagnóstico médico y por lo tanto no debería emplearse este término.

En 1973, Gebbie y Lavin de la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Luis, ayudaron a organizar la primera conferencia sobre clasificación de los diagnósticos de enfermería. Aquí se definió el término de diagnóstico de

¹⁷ P.W. Lyer, et. al., Proceso y diagnóstico de enfermería, Edit. Interamericana, México, 1999. pp 9-11

enfermería como "la conclusión o juicio que tiene lugar como resultado de la valoración de enfermería".

En 1980, la ANA Standards of Nursings Practice declaró que "la enfermería es el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas ante los problemas actuales y potenciales", esta asociación consideró claramente que diagnosticar era una función de enfermería, aunque la gente no estuviera habituado a ello y creyera que ésto es exclusivo del médico.

En 1982 el grupo de la conferencia aceptó el nombre de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), reconociendo la participación y aportación de enfermeras canadienses. Actualmente este grupo ha establecido y aceptado alrededor de 100 (cien) categorías diagnósticas (NANDA, 1990).

En ese mismo año el National Council of State Boards Nursing, definió y describió cinco etapas del proceso de enfermería, valoración, análisis, planificación, ejecución y evaluación.

En la literatura española, los diagnósticos de enfermería aparecieron en la década de los ochenta y la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), inició el 1988 una política de apoyo a la difusión del trabajo de la NANDA.¹⁸

El proceso de enfermería es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional de

¹⁸ Kozier, Bárbara, Op Cit p 27

enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

El objetivo principal del proceso de enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se puedan cubrir las necesidades individuales del cliente, de la familia y de la comunidad.¹⁹

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes orientados al logro de objetivos. Es organizado y sistemático porque consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados —valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Está caracterizado por su humanidad por que el plan de cuidados se desarrolla y se pone en práctica de la forma que los intereses e ideales únicos del consumidor y de las personas significativas para él reciban la mayor consideración.

El proceso de enfermería se basa en la idea de que el éxito de los cuidados se mide por el grado de eficiencia y el grado de satisfacción y progreso del paciente.

El proceso de enfermería se basa en principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente.²⁰

El proceso de enfermería (PE) es un método sistemático y racional de planificar y proporcionar cuidados de enfermería, cuyo objetivo es identificar

¹⁹ P.W. Lyer, Op Cit pp 38-55

²⁰ Kozier, Bárbara, Op Cit. p 10

las necesidades de salud actuales y potenciales del cliente, elaborar planes para solucionar las necesidades identificadas actuando de forma específica para resolverlas.

Se define como cliente a "una persona que requiere los consejos o servicios de aquellos que están calificados para proporcionarlos. Se define como cliente al receptor como un colaborador en lo que respecta a su propia salud y no como un ser pasivo, es decir, el cliente es la persona que también se reponsabiliza"²¹

Para desarrollar un proceso de enfermería deben participar al menos dos personas: el cliente y la enfermera, considerando que el cliente pueda ser un individuo, una familia o una comunidad.

La enfermera que lleva a cabo un proceso de enfermería requiere de capacidades intelectuales, técnicas y de relación; en la capacidad de relación se incluyen la comunicación, expresión de interés, comprensión, conocimientos, expresión de interés, comprensión de conocimientos, etc., respetando la individualidad del cliente, promocionando la integridad familiar y que favorezca la autosuficiencia de la comunidad.

Las capacidades técnicas se manifiestan a través del uso de aparatos y aplicación de protocolos; las intelectuales engloban la resolución de problemas, el pensamiento crítico.²²

El proceso de enfermería consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

²¹ Kozier, Bárbara, Op Cit pp 181-185

²² Kozier, Bárbara, Op Cit. pp 185-187

La valoración consiste en recopilar, verificar y organizar los datos del cliente (desde diferentes puntos de vista: físico, emocional, social, espiritual) esto se lleva a cabo a través de observaciones, comunicación y la entrevista, constituyendo una base elemental para las demás etapas del proceso de enfermería.

El diagnóstico de enfermería constituye una relación de las alteraciones actuales y potenciales del nivel de salud del cliente.

En la planificación, la enfermera establece acciones específicas de cada diagnóstico, jerarquizando las necesidades y estableciendo objetivos de su intervención.

La ejecución consiste en llevar a cabo el plan de cuidados; durante esta etapa, la enfermera continua recabando datos y valida el plan realizado.

En la evaluación se valora la respuesta del cliente a la intervención de la enfermera.

Las cinco fases del proceso de enfermería están íntimamente ligadas; cada fase debe actualizarse continuamente de acuerdo a los cambios en la situación, ya que la salud no es estática y por lo tanto el proceso de enfermería es un proceso dinámico que constituye la respuesta a la salud del cliente.

Características del proceso de enfermería.

- El sistema es abierto, flexible y dinámico.

- Individualiza el acercamiento a las necesidades particulares de cada cliente.
- Es planificado.
- Está dirigido hacia las metas.
- Es flexible para encontrar las necesidades particulares del cliente, la familia o la comunidad.
- Permite ser creativos a la enfermera y al cliente en la resolución del problema planteado.
- Es interpersonal, requiriéndose que la enfermera tenga una comunicación directa y persistente para encontrar las necesidades del cliente.
- Es cíclico, como las etapas guardan interrelación, no existe un principio o un final absoluto.
- Resalta el feedback, que conduce a la comprobación del problema o la revisión del plan de cuidados.
- Es aplicable universalmente.²³

Ventajas del proceso de enfermería.

Ventajas para el cliente.

-Calidad en el cuidado. La evaluación continua del proceso y la reconsideración de los cambios en las necesidades del cliente, aseguran una intervención de la enfermera apropiada de calidad.

-Continuidad en el cuidado. Al tener el plan por escrito, permite que todas las personas implicadas en el cuidado tengan acceso al mismo y se evita que el cliente esté repitiendo información.

²³ Kozier, Bárbara, Op. Cit. 185-187

-Participación del cliente en el cuidado de su salud. Permite que los clientes desarrollen sus capacidades para su autocuidado y por tanto ayudan en el alcance de las metas.

Ventajas para la enfermera.

-Adecuación constante y sistemática.

-Satisfacción en el trabajo. Las actividades del profesional están basadas en una identificación correcta de los problemas del cliente, lo que permite planear acciones adecuadas, favoreciendo la coordinación y evita el trabajo por ensayo-error, lo que conlleva a una satisfacción cuando se logran los objetivos.

-Crecimiento profesional.- Por medio de la evaluación, la enfermera va adquiriendo experiencia y capacidad respecto a los cuidados que son efectivos y los que tienen que adaptarse para cubrir las necesidades del cliente.

-Evita acciones legales. Evita consecuencias legales adversas cuando aplica cuidados de enfermería previamente establecidos a través de todas las fases del proceso.

-Alcanzar los modelos de enfermería profesional. El aprendizaje y la realización del proceso de enfermería sobre los cuidados del cliente, es un requisito básico para la aptitud de la enfermería profesional, por esto, el proceso de enfermería es un marco para la responsabilidad de la enfermeras.

El proceso de enfermería promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente y guía a la enfermera para realizar los pasos intencionados que eviten las omisiones y las conclusiones prematuras.

El centro de atención es la educación sanitaria, el bienestar, la detección temprana, la prevención de la enfermedad, el proceso de enfermería, es efectivo respecto a su costo en términos humanos y económicos.

Resulta mucho mejor y más barato tratar el diagnóstico de enfermería antes de que se desarrolle la enfermedad, es preferible ayudar a una persona a conseguir un funcionamiento positivo, incluso con una limitación concreta por una enfermedad, que aceptar las consecuencias de la enfermedad sin ninguna adaptación.

El proceso de enfermería complementa el proceso médico, concentrándose en cómo responde la persona a los problemas médicos, el plan de tratamiento y los cambios en su vida diaria.²⁴

²⁴ Alfaro – Le Fevre, Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería, Guía práctica, Tr. María Teresa, Luis Rodrigo, 3ª. Edición, Edit. Mosby-Doyma, Madrid, 1996 Art. En antología pp 139.

ETAPAS DEL PROCESO.

Valoración: En esta etapa se reúne que se reúne y se examina la información (datos) con el fin de obtener todos los hechos necesarios para definir el estado de salud del paciente y describir sus capacidades y problemas.

La valoración física se hace sistemáticamente. Normalmente la enfermera registra una impresión general sobre el aspecto del cliente y de su estado de salud. Ejemplo: edad, talla, estado mental y nutricional, el habla y la conducta, así como el registro de los signos vitales. La enfermera puede realizar un reconocimiento físico cefalocaudal, empezando por la cabeza, se continúa con el cuello, tórax, abdomen y las extremidades para terminar con los pies. También la enfermera puede hacer esta exploración utilizando un planteamiento de sistemas del organismo. En ocasiones puede ser necesario resolver un problema del cliente antes de completar el examen. Los datos que se obtienen en este examen se comparan con los modelos ideales, como pueden ser la altura, el peso, las normas para la temperatura normal o los niveles de tensión arterial.

Para realizar la valoración física, la enfermera utiliza técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión.

La historia de salud de enfermería o más recientemente denominado reconocimiento de enfermería es un método sistemático de recopilación de los datos deseados sobre el cliente. El propósito de una valoración de enfermería es recopilar la máxima información sobre el cliente para identificar sus problemas y planear las actuaciones de enfermería.

Existen muchos modelos y marcos de enfermería que guían la recopilación de los datos a través de métodos estructurados de reconocimiento. Un ejemplo es el método de Virginia Henderson, el cual se abordará posteriormente en el presente trabajo.

Diagnóstico: Una vez que se tienen todos los hechos necesarios, se podrán determinar las capacidades (que precisan ser reforzadas y usadas al desarrollar el plan de cuidados) y los problemas de salud reales y potenciales (que serán la base del plan de cuidados). También determinará qué problemas se pueden resolver mediante intervenciones interdependientes de enfermería y cuáles requerirán actuaciones que deben ser prescritas por un médico u otro profesiones de los cuidados de salud calificado para ello.

El término de Diagnóstico de Enfermería (DdE) apareció por primera vez en la literatura anglosajona al inicio de la década de los cincuenta; en ese entonces el proceso de enfermería contaba con cuatro etapas (valoración, planificación, ejecución y evaluación) y posteriormente se agregó el diagnóstico.²⁵

El haber incluido el diagnóstico en el proceso de enfermería ha hecho posible que los profesionistas de enfermería analicen y sinteticen los datos que se obtienen de la valoración, para que con ello, las actividades clínicas se enfoquen a la identificación y manejo de problemas y no al manejo de los síntomas como se hacía previamente; estas fueron las causas por las que en 1973, se llevó a cabo la Primera Conferencia Nacional para la clasificación

²⁵ Kozier, Bárbara, Op Cit. pp 181-185

de los diagnósticos de enfermería en los Estados Unidos Americanos; posteriormente en España (1988) se inicia una política de apoyo sobre ese tema.

En 1990 la NANDA, definió el diagnóstico de enfermería de la siguiente manera: "El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas actuales o potenciales de salud/procesos de la vida. Los diagnósticos de enfermería aportan las bases para la selección de las actuaciones de enfermería, para conseguir los resultados por los que la enfermera es responsable" (KOZIER, 1994)

El formular un diagnóstico y su proceso, requiere del conocimiento adquirido a través del estudio y la práctica metódica, no se realiza espontáneamente, sino que implica unas fases sucesivas del proceso de enfermería.

La habilidad con que se elaboren los diagnósticos de enfermería depende de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso, para con ello, formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.

Características del diagnóstico de enfermería.

- Describe la respuesta de una persona ante un problema, una situación o una enfermedad.
- Está enfocado al individuo.
- Varía según cambian las respuestas del cliente.

-Orienta las actividades de enfermería independientes: planificación, ejecución y evaluación.

La organización de los datos. Después de la obtención de los datos, estos necesitan ser clasificados en un marco útil para la enfermera y para quienes puedan tener accesos a ellos.

La comparación de los datos con los estándares. La enfermera los compara con una gran variedad de estándares como son los signos vitales normales, resultados de laboratorio, tablas de crecimiento, etc.; también utiliza conocimientos psicológicos, fisiológicos y sociales, así como su experiencia previa.

Agrupación de datos.- Este proceso está influenciado por los conocimientos científicos previos de la enfermera, por su experiencia dentro de la profesión y por el concepto que se tenga de la enfermería. Con base en esto, la enfermera puede agrupar los datos por inducción y formar un patrón.

La agrupación de los datos incluye el hacer deducciones. Una deducción es el juicio de la enfermera o la interpretación de las señales; estas deducciones se hacen a través del proceso de diagnóstico.

Formulación del diagnóstico.

En esta etapa final la enfermera formula una relación causal entre el problema de salud y los factores asociados. Estos factores pueden ser sociales, ambientales, psicológicos o espirituales, tomando en consideración que en un problema de salud intervienen más de uno de ellos.

El diagnóstico de enfermería puede ser: real, potencial o posible.

Real.- Un diagnóstico real describe la categoría diagnóstica que ha validado la enfermería; debido a las características de definición principal de signos y síntomas, es decir, reúne todos los datos que confirman su existencia.

Potencial.- Describe un estado alterado que se puede presentar si no se ordenan o se ponen en práctica ciertas intervenciones de enfermería.

Posible.- Este diagnóstico describe un problema que la enfermera sospecha, pero que requiere la compilación de datos adicionales para confirmarlo o descartarlo.²⁶

Planificación. Cuando se han identificados las capacidades y problemas se inicia a trabajar con el paciente (y familia) para desarrollar un plan de acción que reduzca o eliminen los problemas y promueva la salud.

Incluye las siguientes actividades:

- Determinación de prioridades
- Establecimiento de objetivos.
- Decisión de las intervenciones de enfermería.
- Anotación del plan de cuidados.

²⁶ Alfaro, Rosalinda, Aplicación del proceso de enfermería, 2ª. Edición, Edit. Doyma, Barcelona, España, 1995, pp 77-79

La planificación es la tercera etapa del proceso de enfermería y en este contexto se define como el proceso de diseñar las intervenciones de enfermería que son necesarias para prevenir, disminuir o eliminar los problemas de salud que fueron identificados durante el diagnóstico.²⁷

Componentes de la planificación.

Tiene seis componentes:

- Establecer propiedades.
- Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultado.
- Planificar las estrategias.
- Redactar las órdenes de enfermería.
- Registrar el plan de cuidados.
- Consulta.

Establecer prioridades.

Se define como el proceso de establecer un orden preferencial para las estrategias; para poder llevar a cabo esto, se requiere que la enfermera ordene los diagnósticos de enfermería por orden de preferencia; a este respecto, los diagnósticos se pueden agrupar según la prioridad en alta, media y baja; sin embargo, esto no significa que aquellos de alta prioridad se tengan que resolver antes de considerar otros, ya que se pueden resolver en forma parcial y terminarse posteriormente, de manera simultánea, con otro diagnóstico de menor prioridad; el utilizar un marco teórico o un modelo de enfermería facilita este proceso.

²⁷ Kozier, Bárbara, Op Cit., pp 226-227

El fijar prioridades está influenciado por los siguientes elementos:

- La percepción de las prioridades del propio cliente/paciente.
- El plan general de tratamiento.
- El estado general de salud del cliente.
- La presencia de problemas potenciales.

En el primer caso se refiere a la percepción que el paciente tiene sobre su situación, lo cual significa que cuando no es posible la enfermera es quien toma las decisiones; si no existe un riesgo vital el paciente es quien toma las decisiones sobre su cuidado y el orden en el mismo.

Tienen mayor prioridad los problemas que amenazan la vida como lo son la pérdida de las funciones respiratoria y cardiaca: los problemas que amenazan la salud generalmente tienen una prioridad media, mientras que las necesidades del crecimiento no son necesarias para sostener la vida. Las prioridades deben cambiar a medida que cambian los problemas y la terapia.

Fijar los objetivos del cliente y los criterios de resultados: Los objetivos pueden reflejar restauración, mantenimiento o promoción de la salud y estos se establecen en términos de conducta deseada por el cliente y no de actividades de la enfermera.

Los objetivos del cliente son los cambios deseados después de la intervención de la enfermera y deben enunciarse con verbos como incrementar, disminuir, mejorar, desarrollar, etc.

Los propósitos de los objetivos del cliente son proporcionar una dirección para planificar las actividades de enfermería y que se cumplan los objetivos,

así como establecer criterios de evaluación que midan la eficacia de la intervención.

Los objetivos del cliente derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería, es decir, de la identificación de la respuesta del cliente, siendo los a corto plazo los que más se utilizan, debido a que una gran cantidad de tiempo de la enfermera se centra en necesidades inmediatas del cliente y por ende, pueden evaluar el progreso del cliente; los objetivos a largo plazo son utilizados en clientes con problemas crónicos.

Los criterios de resultado son necesarios para especificar el resultado, estos son afirmaciones que describen las respuestas del cliente en forma específica, observable y cuantificable y van a determinar si el objetivo se ha alcanzado o no, estos criterios tienen cuatro finalidades:

- Dirigir las actividades de enfermería.
- Proporcionar tiempo para planificar las actividades.
- Servir como criterios de evaluación de la evolución hacia el logro del objetivo.
- Hacer que la enfermera y el cliente sean capaces de determinar cuándo se ha resuelto el problema.
- Corroborar que los objetivos y los criterios de resultado son compatibles con la terapia y el trabajo de otros profesionales.
- Asegurarse de que cada objetivo se deriva de un sólo diagnóstico de enfermería.
- Utilizar palabras que indiquen posibilidades de observación o cuantificación al enumerar criterios de resultados, evitando palabras vagas que requieran la interpretación del observador.

Planificar las estrategias.

Las estrategias de enfermería se planean de acuerdo al diagnóstico específico para lograr los objetivos del cliente y eliminar o reducir la causa del diagnóstico de enfermería, cuando éste es potencial, la actuación debe centrarse en la reducción de los signos y síntomas.

La selección de estrategias de enfermería es un proceso de toma de decisiones e implican acciones alternativas que tengan probabilidad de solucionar el problema del cliente, tomando en consideración las consecuencias de cada una de ellas y para establecer esto, se requiere del conocimiento y la experiencia; al mismo tiempo, eligiendo una o más estrategias, siendo satisfactorias de tres a cinco para cada problema de salud, ya que más de ellas crea confusión.

Una vez que se han considerado las consecuencias de cada una de las alternativas, se elige una o más que se juzguen las más adecuadas y eficaces.

Criterios para la selección de estrategias.

- Aceptada por el cliente y adecuada a su edad y estado de salud.
- Realizable con los recursos existentes.
- Debe ser acorde a los valores y creencias del cliente.
- Congruente con otras terapias.
- Basarse en el conocimiento y experiencia de la enfermería o en conocimiento de otras ciencias.

Redactar las órdenes de enfermería.

Las prescripciones de enfermería son las acciones específicas que la enfermera debe realizar para ayudar al cliente a alcanzar los objetivos establecidos del cuidado de su salud.

El grado con que se especifica una prescripción depende de los conocimientos de la persona que va a ejecutarla y es recomendable que sean exactos al escribirlas.

*Fecha: Cuando son redactas y revisadas; esta revisión debe ser regular, dependiendo de las necesidades del cliente.

*Verbo: Encabeza la prescripción y debe ser precisa, en algunas ocasiones agregándole un adverbio que puede hacer que la indicación sea más precisa, por ejemplo: "vendar fuertemente en espiral la pierna derecha" es más específico que "vendar en espiral la pierna derecha".

*Contenido y área: Contiene el dónde y el qué de la prescripción, tomando el ejemplo anterior, sería "vendar en espiral" y "pierna derecha", aclarando si el pie o los dedos del mismo deben quedar expuestos.

*Tiempo: Contesta cuándo, durante, cuánto y cada cuándo.

*Firma: Demuestra la responsabilidad de la enfermera y tiene un significado legal.

La prescripción de enfermería (planes) se pueden clasificar de la siguiente manera:

-Prescripciones para proporcionar un tratamiento de enfermería a un problema. En estas se engloban la mayor parte de las prescripciones y son aquellas actividades que mantienen o recuperan los patrones habituales del cliente, eliminan o disminuyen los síntomas y previenen problemas agregados.

-Prescripciones para obtener datos adicionales que en ocasiones es necesario para definir mejor el diagnóstico de enfermería o para manejar un problema.

-Prescripciones para hacer extensiva la información sobre el tratamiento del problema para las personas de apoyo al cliente u otros miembros del equipo de salud.

Registrar el plan de cuidados de enfermería.

Es una guía por escrito que organiza la información sobre el cliente en un conjunto significativo y centra las actividades de enfermería necesarias para solucionar el problema diagnosticado y lograr el objetivo.

Los fines del plan son:

*Proporcionar una atención individualizada al cliente.

*Asegurar la continuidad del cuidado. Un plan escrito implica la organización y comunicación de las actividades entre las enfermeras que asumen la atención.

*Dirigir las anotaciones a realizar en las hojas de evolución. Especifica qué observaciones hacer, las actividades que haya que realizar las instrucciones que sean necesarias proporcionar al cliente y a la familia.

*Ayuda a organizar el trabajo en el servicio. Algunos aspectos acerca del cuidado del cliente pueden delegarse a otros trabajadores, cuando es necesario valorar la respuesta del cliente.

Documentación (registro) de los cuidados de enfermería.

El registro o anotación de los cuidados de enfermería es un requerimiento legal de todos los sistemas del cuidado de la salud. Las notas de enfermería son registros que posteriormente pueden presentarse como evidenciante en un tribunal. Esta documentación proporciona la única prueba de que se han llevado a cabo los tratamientos médicos y de enfermería.

Existen dos tipos de anotaciones de enfermería: uno son las notas generales que se anotan en el momento del contacto inicial con el cliente y otro son las anotaciones centradas en el problema que se escriben sobre los problemas específicos. Los pacientes con problemas más agudos o complejos requieren de anotaciones de enfermería más frecuentes, profundas y completas.

El formato para las anotaciones de enfermería varía en cada institución y tipo de clientes que se manejen.

Pautas para registrar el plan de cuidados de enfermería.

-Poner fecha y firma.

-Utilizar como títulos "diagnóstico de enfermería", "objetivos", "prescripciones de enfermería", "evaluación" y los criterios para evaluar cada objetivo.

- Indicar qué objetivos están revisados a través de firma u otros métodos.
- Enumerar las prescripciones de enfermería para cada objetivo, ordenado por prioridades.
- Utilizar símbolos médicos o españoles estandarizados y palabras clave, mejor que frases completas para comunicar ideas.
- No incluir todos los pasos del procedimiento en el plan escrito. Los profesionales deben recurrir a los manuales de procedimientos o protocolos.
- Adaptar el plan a las características del cliente asegurándose que las elecciones de éste, como sus preferencias de horas para actividades o métodos utilizados, se incluyan; con ésto, se refuerza la individualidad del cliente.
- Asegurarse de que el plan incluya aspectos de cuidado para prevenir problemas, promoción a la salud y rehabilitación.
- Incluir en el plan a las personas con las que la enfermera debe colaborar y coordinarse en las actividades.
- Incluir en el plan a las personas con las que la enfermera debe colaborar y coordinarse en las actividades.
- Incluir planes para el alta hospitalaria y las necesidades de cuidado en el domicilio.

Consultar.

Consultar es deliberar entre dos personas. Las enfermeras frecuentemente consultan con una diversidad del personal incluyendo otras enfermeras, durante todo el proceso de enfermería. El consultar implica buscar clarificación u opinión con respecto a los objetivos del cliente.²⁸

²⁸ Kozier, Bárbara, Op Cit. p239.

Generalmente las enfermeras consultan para verificar los hallazgos (valoración), ejecutar cambios (diseño del plan) y obtener conocimientos adicionales.

El proceso de consulta consta de seis pasos:

- Identificar el problema. Antes de consultar a alguien, la enfermera debe tener claro el problema, incluyendo las circunstancias que lo rodean.
- Recoger los datos pertinentes sobre el cliente, esto es, cuando se pretende consultar a alguien que no está relacionado con el cliente y se hace necesario obtener datos relevantes del problema.
- Seleccionar al consultor. Se debe consultar con un profesional de la salud reconocido, que cuente con las habilidades y conocimientos requeridos.
- Comunicar el problema y la información pertinente. La información a transmitir debe ser en forma clara y objetivo para que el consultor no se forme ideas preconcebidas, sino que tenga una información clara de la situación, debiéndose asegurar de que los datos proporcionados son objetivos y no interpretaciones.
- Comentar las recomendaciones con el consultor.
- Incluir las recomendaciones en el plan de cuidados del cliente. Después de ejecutar las recomendaciones, la enfermera necesita evaluar su eficacia y registrarla; si no son eficaces, puede ser necesario ver otra vez al consultor y realizar ajustes adicionales en el plan de cuidados de enfermería.

Planificación de alta.

La palabra planificación del alta, es el proceso de prever y planificar las necesidades después del alta de un hospital o de otro centro, es parte fundamental de los cuidados sanitarios y debe incluirse en el plan de cuidados de cada cliente. Un plan de alta eficiencia se inicia al ingreso de la

persona, se continua con la valoración sucesiva de las necesidades tanto del cliente como de la familia, hasta el alta.²⁹

Ejecución. Durante esta etapa se pone el plan de acción, lo que implica las siguientes actividades:

- Valorar el estado actual de salud del paciente.
- Realizar las intervenciones y sus acciones.
- Seguir valorando al paciente.
- Comunicar y anotar.

La ejecución también llamada actuación, consiste en llevar a cabo las estrategias de enfermería enumeradas en el plan de cuidados. Esta actuación, según Marriner (1983) implica llevar a cabo tanto las indicaciones médicas como las órdenes de enfermería.

Tipos de actividades de enfermería.

Para describir las actividades de enfermería, con frecuencia se utilizan las palabras dependiente, independiente y de colaboración.

Una actividad INDEPENDIENTE de enfermería es aquella que realiza la enfermera como resultado de su propio conocimiento y capacidad (Mundinger lo denomina "práctica autónoma de enfermería"). La enfermera determina que el cliente requiere ciertas actividades de enfermería siendo ella responsable tanto de la decisión como de las actividades.

Bulecheck y Mc Closkey (1987) han identificado una taxonomía para las actuaciones de enfermería independientes. Una taxonomía es un grupo de

²⁹ Kozier, Bárbara, Op Cit., p 241

clasificaciones que se ordenan y se arreglan basándose en un principio único o en un grupo coherente de principios (Bloom, 1956)

Las actividades DEPENDIENTES de enfermería son aquellas que se realizan bajo la indicación o supervisión de un médico y de acuerdo a las rutinas establecidas; este tipo de actividades están relacionadas generalmente con la enfermedad del cliente y es de suma importancia que la enfermera las lleve a cabo, además de que las acciones que realiza ésta, están asociadas con la prescripción.

Las actividades de enfermería EN COLABORACIÓN, son aquellas que realizan conjuntamente con otros miembros del equipo de salud, como resultado de una decisión conjunta del equipo.³⁰

La ANA describe la colaboración como "una interrelación verdadera, donde el poder de ambas partes se valora por igual, donde se reconoce y acepta la diferenciación de las áreas de actividades y responsabilidades, aunque sean complementarias, se salvaguardan los intereses legítimos de cada parte y los objetivos se reconocen por ambos lados" (ANA 1980). Para que las actividades de colaboración sean efectivas, es necesario que las enfermeras tengan competencia clínica, confianza en sus conocimientos y capacidades y asumir la responsabilidad de sus actos.

El tiempo que la enfermera pasa en cada tipo de actividad depende del tipo de área clínica, el tipo de servicio y la posición específica de la enfermera.

³⁰ Kozier, Bárbara, Op Cit pp 244-245

Evaluación. Es la evaluación de los resultados. En esta etapa se dice si el plan ha sido eficaz y hay que hacer algún cambio y se realizan las siguientes preguntas:

¿Ha aparecido algún problema nuevo?

¿Se han alcanzado los objetivos que se habían fijado durante la fase de planificación?

¿Se han logrado los objetivos sólo parcialmente o no los han logrado en absoluto?³¹

Evaluar es juzgar o valorar. Dentro de enfermería consiste en valorar el grado en el que se han alcanzado los objetivos.³²

La evaluación es la quinta etapa del proceso de enfermería y es fundamental dentro del mismo, ya que de las conclusiones que se obtienen se determina si la intervención de enfermería debe terminarse, revisarse o cambiarse.

Constituye un proceso continuo y terminal. Continuo porque se realiza durante la ejecución, en donde la primera enfermera pregunta cómo reacciona el cliente ante su actuación; muchas veces la profesional se ve obligada a cambiar alguna actividad planteada para que el cliente logre sus objetivos. Es un proceso terminal, ya que una vez que la enfermera ha concluido su plan de cuidados evalúa si se han cubierto o no los objetivos del cliente.

³¹ Alfaro Le – Fevre, Rosalinda, Op Cit pp 135-138

³² Alfaro Rosalinda, Op Cit.p 170

La evaluación es una actividad organizada que tiene una finalidad a través de ella, la enfermera acepta la responsabilidad de sus actos, indican su interés en los resultados y demuestran el deseo de no perpetuar las actividades ineficaces, adoptando otras.

6. EL PROCESO BASADO EN VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Virginia Henderson es aplicable en todas y cada una de las etapas del proceso de atención.

En las etapas de valoración y diagnóstico, sirve de guía en la recolección de datos y en el análisis y síntesis de los mismos, en esta etapa se determina:

- El grado de independencia / dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades.
- Las causas de la dificultad en tal satisfacción.
- La interrelación de unas necesidades con otras.
- La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

En las etapas de PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de las dificultades detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) mas adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo siempre que sea posible en su propio cuidado.

En la etapa de evaluación el modelo ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, ya que para Virginia Henderson nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su

independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, los más rápidamente posible.

Para la elaboración de este trabajo se adecuó la guía para la recolección de los datos. (Anexo 1)

7. CARACTERÍSTICAS DE LA ETAPA DE VIDA DEL PREESCOLAR.

El nacimiento de un nuevo miembro de la familia trae como consecuencia cambios importantes en la forma de vida de ésta, ya que el recién nacido se convierte en el centro de atención al cual hay que brindarle amor, alimentación y cuidados para que pueda crecer y desarrollarse en un ambiente agradable y propiciar de esta manera el crecimiento de un niño saludable.³³

El desarrollo del niño es un proceso continuo, al hacerlo cambia de un ambiente agradable, tibio en el que su alimento está asegurando a un ambiente de aprendizajes intensos y a vivir un violento crecimiento.

El niño conoce el mundo que le rodea a través de sus sentidos (ojos, olfato, tacto, gusto). Aprende a comer, gatear, caminar, correr, brincar, balancearse.; reconoce y se relaciona con las personas que le rodean, aprende a expresarse utilizando un idioma que se ha heredado por generaciones, comienza a ordenar sus ideas en forma secuenciada; empieza a transformarse en un ser independiente y seguro de sí mismo, siempre y cuando se le brinde el apoyo y un ámbito rico en estímulos adecuados para ello.³⁴

³³ SEP. Manual de estimulación temprana, México, Secretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, SEP, 1996.

³⁴ Ibidem, pp 18-19

Los cambios en estatura, peso, capacidad sensorial, habilidades motrices, desarrollo del cerebro y los aspectos relacionados con la salud son todos parte del desarrollo físico y ejercen una influencia importante tanto en la personalidad como en el intelecto.

La gran variedad de habilidades mentales como el aprendizaje, el lenguaje, la memoria, el raciocinio y el pensamiento cambiar con el paso del tiempo y están íntimamente relacionados con aspectos tanto motores como emocionales del ser.³⁵

El desarrollo psicomotor o la progresiva adquisición de habilidades en el niño, es la manifestación externa de la maduración del sistema nervioso central (S.N.C.)

Según Rosario Moore existen factores que favorecen un adecuado progreso psicomotor tales como una buena nutrición, un sólido vínculo madre-hijo y una estimulación sensorial adecuada y oportuna y que existe un efecto positivo de la estimulación en el progreso de las habilidades que logran incrementar el cociente intelectual.

Así como también existen factores que frenan el desarrollo psicomotor:

-Condiciones que pueden producir un daño neuronal irreversible (hipoxia mantenida, hipoglicemia y las infecciones o traumatismos del SNC).

-Otros factores: como la ausencia de un vínculo madre – hijo adecuado y la falta de estimulación sensorial oportuna.

³⁵ Diane E. Papalia, et.al., Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia, 5ª. Edición, octubre 1994, México D.F., Edith Mc Graw Hill Interamericana

Factores de riesgo.

-Factores prenatales: Infecciones intrauterinas (vías de inclusión citomegalia) genopatías (síndrome de Dow) y otros.

-Factores perinatales: Asfixia neonatal (hipoxemia) hiperbilirrubinemias, prematuridad extrema, hipoglucemia clínica, infecciones neonatales (sepsis), apneas, síndrome de dificultad respiratoria.

-Factores postnatales: hipotiroidismo, enfermedades metabólicas, convulsiones de difícil manejo.³⁶

El crecimiento físico normal y el desarrollo motor se lleva a cabo en una secuencia predeterminada en gran parte tomando en cuenta dos principios complementarios: principio cefalocaudal (el desarrollo se lleva a cabo de la cabeza a las partes bajas del cuerpo) y el principio proximodistal (el desarrollo se lleva a cabo desde las partes centrales hacia las partes externas del cuerpo).

El tercer año de vida.

Durante este periodo se vuelven más aptos en cuanto a habilidades físicas, intelectualmente más competentes y socialmente más complejos. La habilidad del lenguaje mejora en forma notoria a medida que domina tanto las reglas de la sintaxis como los secretos de la conversación; puede darse a

³⁶ Moore Rosario, Evaluación del desarrollo psicomotor, http://escuela.med.puc.c/publicaciones/manual_ped/eva/dessps.html, 28 de mayo del 2000.

entender con los demás y aprender deliberadamente a partir de lo que los demás dicen.

Físicamente adquieren más proporciones de adulto; en el aspecto intelectual, empiezan a utilizar símbolos y a veces pueden tener disernimientos que, de manera sorprendente, se parecen a las de los adultos; emocionalmente los niños empiezan a identificarse con otros y, también a mostrar conciencia social.³⁷

Los niños pierden su redondez y toman una apariencia más delgada y atlética. Los brazos y las piernas se alargan, la cabeza es todavía relativamente más grande pero las otras partes del cuerpo están alcanzando el tamaño apropiado y la proporción del cuerpo se parece progresivamente más a la de los adultos.

Cambios estructurales y sistémicos tienen lugar en el cuerpo de los niños. El crecimiento muscular y del esqueleto progresa volviéndose más fuertes.

Los cartílagos se vuelven huesos más rápidamente y los huesos endurecen, dando a los niños una forma más firme y protegiendo los órganos internos, permitiendo con esto desarrollar destrezas motrices de los músculos largos y cortos. Los sistemas respiratorios y circulatorios generan mayor capacidad y el sistema de inmunidad, que se está desarrollando los protege de infecciones.³⁸

El niño a esta edad incrementa considerablemente su vocabulario, mantiene por más tiempo su atención en las actividades que realiza; le produce placer

³⁷ Moore Rosario, Op Cit. p, 83.

³⁸ Ibidem, 286-295

ejecutar acciones motrices que involucren caminar, correr, trepar, lanzar, etc. Le gusta realizar juegos simbólicos como ser bombero, ser policía, ser enfermera o bien, que va en avión o en un helicóptero.

Su sentido del tiempo se da a partir de hechos y acontecimientos personales; narra sus experiencias con fluidez.

El niño amplía sus relaciones fuera del ámbito familiar, las cuales contribuyen a su adaptación a las diversas circunstancias a las que se enfrenta, en ellas tiene la oportunidad de experimentar y vivenciar sus posibilidades y limitaciones de convivencia con los otros, esta convivencia involucra la necesidad de tomar decisiones, las cuales contribuirán a la formación de su personalidad.

Su desarrollo mental y motor guardan estrecha relación, por lo cual es importante se le proporcionen estímulos que contribuyan favorablemente a su desarrollo.³⁹

Características más representativas del niño de 3 a 4 años.

- Se sostiene sobre un pie.
- Construye torres con 10 objetos.
- Construye un puente con 3 cubos.
- Le gustan los juegos en grupo y espera su turno para participar.

³⁹ Manual estimulación temprana, Op Cit. p 83

- Usa conjuntos de palabras, contesta preguntas sencillas.
- Quiere saber para qué sirven las cosas.
- Usa bien la cuchara y se pone los zapatos.
- Le gusta imitar lo que hacen los adultos.
- Le gusta que le ayuden y atiendan al instante, pero poco a poco sabe esperar y controlar sus impulsos.⁴⁰

Cada día el potencial que tiene el niño para crecer y desarrollarse, aumenta y tiende a perfeccionarse siempre y cuando se le proporcionen cuidados y experiencias en el momento en que éste las necesite para su mejor crecimiento físico y su máximo desarrollo mental.⁴¹

La estimulación temprana es el conjunto de actividades dirigidas a los niños de 0-4 años, basadas en el conocimiento de las pautas de desarrollo que siguen estas, así como las técnicas que se emplean para apoyar el desarrollo de su inteligencia, su motricidad y su personalidad, contribuyendo de esta manera al desarrollo integral del niño.

Áreas de estimulación.

1. Motora.

El movimiento es el principal generador de cualquier dinámica que experimenta el ser humano, el inicio de desarrollo en el niño se halla dominado por la motricidad, este adquiere el conocimiento y lo enriquece a

⁴⁰ Ibidem, p15-16

⁴¹ Ibidem p 10

partir de la movilidad física que realiza. El propósito de la estimulación temprana en esta área es la de contribuir al establecimiento del tono muscular adecuado y reacciones equilibratorias que le permitirá al niño conseguir el control sobre su cuerpo, ubicarse en el espacio y el tiempo y relacionarse con el medio que lo rodea al moverse libremente (gatear, poner su pie, caminar y correr)

2. Perceptivo – cognitivo:

La inteligencia del niño está presente y se manifiesta en forma práctica antes que el lenguaje. Desde que nace ve, oye y percibe un sin número de estímulos que le permiten estar alerta y listo para ir conociendo el medio que le rodea; va construyendo su pensamiento a partir de las experiencias con los objetos y el entorno, posibilitando crear mentalmente relaciones y comparaciones entre ellos, así como establecer semejanzas y diferencias de sus características.

El propósito de la estimulación en esta área es favorecer el desarrollo paulatino del pensamiento, desde los más simples hasta los más complicados.

3. Lenguaje:

La función principal del lenguaje es posibilitar la comunicación entre los individuos; el movimiento corporal posibilita la acción vivenciada que el niño conserva en forma de imágenes y recuerdos, los que más tarde reflejará de manera natural a través de palabras, símbolos y signos.

Las actividades de estimulación temprana pretenden favorecer en el niño, el acercamiento a las diversas formas de expresión, desde las primeras manifestaciones del pre-lenguaje (chupeteos, balbuceos, sonidos guturales, emociones vocálicas, risas, gritos) hasta la comprensión del lenguaje oral y escrito como una forma de expresión.

4. Afectivo – social:

Un aspecto importante es la estimulación orientada a proporcionar al niño actividades que le permitan satisfacer su iniciativa, curiosidad y su necesidad de obtener un mayor grado de autonomía, conforme va creciendo en lo que se refiere a los hábitos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo, etc.) así como una conducta social adecuada al medio en que se desenvuelve.

Las buenas relaciones que se establecen entre el niño y las demás personas que lo rodean, así como la capacidad para desenvolverse en su medio ambiente, son algunos de los factores que determinan la armonía familiar.⁴²

⁴² *Ibidem*, pp 18-19

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. RESUMEN VALORATIVO

El proceso se realizó en un preescolar de 3 años, del sexo femenino con peso de 13,600 kg y talla de 89 cm., de nombre Alejandra Guadalupe Clemente Sarmiento, que nació el día 11 de junio de 1997 por cesárea con un peso de 2,990 g, hija de la Sra. Margarita Sarmiento León, dedicada a labores del hogar con un grado de escolaridad de nivel secundaria.

Padre, el Sr. Ciro Clemente Espinoza, dedicado al oficio de balconería con tercer grado de secundaria y domicilio en Andador Cerro del Paraíso, manzana 4, lote 7, Col. San Pedro Progresivo.

La fuente de información es la madre con una fiabilidad de (1)

Cuyo resumen valorativo es el siguiente:

a) *OXIGENACIÓN.*

Problemas cardiorrespiratorios; no respiró ni lloró al nacer, motivo por el cual estuvo hospitalizada una semana por depresión grave.

Actualmente encuentro lechos ungueales y peribucales sin datos de cianosis y de dificultad respiratoria. Sus constantes vitales T/A = 80/60, respiraciones = 30 X; FC = 108X; frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria normales. Buena coloración de tegumentos y con llenado capilar.

B) *NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.*

En cuanto a los alimentos que ha tomado en las últimas 72 horas, se encontró que únicamente toma un vaso de café con leche y ½ pieza de pan durante el desayuno y que la dieta habitual no cumple con los requisitos

básicos de una dieta normal (completa, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente) porque de manera general está compuesta de cereales y leguminosas, leche, queso, agua de sabor artificial, café y entre comidas alimentos chatarra como sabritas y dulces.

El tiempo que transcurre entre una comida y otra es variable de aproximadamente 6 horas.

Sus emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida y bebida son: No le gusta desayunar, que tiene que comer a la fuerza y en algunas ocasiones por necesidad.

Se encontró ligera palidez de tegumentos, piel con pequeñas manchas hipocrómicas, membranas y mucosas hidratadas.

c) ELIMINACIÓN.

Esta necesidad la cubre con dificultad de manera ocasional porque la madre refiere que "presenta dolor cuando las evacuaciones son muy secas", evacua dos veces al día, micciona 7 – 8 veces al día para la eliminación utiliza sanitarios de fosa séptica. Cabe mencionar que este es lavado cada tercer día. Al explorar abdomen éste se encuentra blando, depresible con peristaldismo presente.

Al cuestionar a la madre sobre algunas medidas no medicamentosas de ayuda, refiere no utilizar ninguna.

Se le pregunta que la madre si conoce la importancia de esta necesidad y si desea tener más conocimiento de la eliminación, la cual responde que sabe poco en relación a la misma y que desea tener más conocimiento.

d) MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Su capacidad física es buena, habitualmente la mayor parte del tiempo que está despierta se mantiene de pie, corriendo, saltando y bailando. En cuanto a actividades de apoyo que realiza, la madre dice "que le ayuda a levantar juguetes, preparar la mesa para la comida y a acomodar las sillas".

Su capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse es regular porque siempre pide ayuda para ponerse y quitarse los vestidos y zapatos.

Los tipos de juegos que ella realiza son: juego de muñecas, le gusta rayas hojas y jugar a las escondidas.

Su sistema músculo esquelético es fuerte, resistente, pero poco flexible, porque cae muy frecuentemente desconociendo la causa.

La madre de Alejandra desconoce la importancia y las medidas saludables de vida en relación a esta necesidad para enseñarle a su hija.

e) DESCANSO Y SUEÑO.

Para Alejandra, su patrón y tipo habitual de sueño es de 14 horas aproximadamente. Se levanta a las 6:00 a.m. y se duerme a las 10:00 p.m.; durante el día acostumbra una siesta de aproximadamente dos horas. Le gusta dormir con sus papás.

En cuanto a su estado mental, está alerta, conciente, se concentra fácilmente. Su estado emocional es bueno.

f) USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

Para Alejandra, su estado de ánimo influye en la selección de prendas de vestir, cuando está enojada no acepta cualquier ropa que normalmente la madre le escoge, ella toma la iniciativa, pero le cuesta tomar la decisión en la ropa que va a utilizar.

También es importante mencionar que influye en su manera de vestir los programas de televisión que acostumbra ver.

g) TERMORREGULACIÓN.

La temperatura que más le agrada es el calor porque cuando hay frío no sale a jugar y se queda encerrada en el cuarto aunque su madre la viste con ropa adecuada para el frío, ella prefiere quedarse en casa.

Al tener contacto con ella su transpiración es limpia.

Su casa está ventilada con entradas y salidas de aire y rayos solares.

En casos de fiebre, la madre refiere que ella utiliza medidas medicamentosas de ayuda sin prescripción médica.

Se le pregunta a la madre si desea tener más conocimientos acerca de esta necesidad para cuidar a su hija y ella responde positivamente.

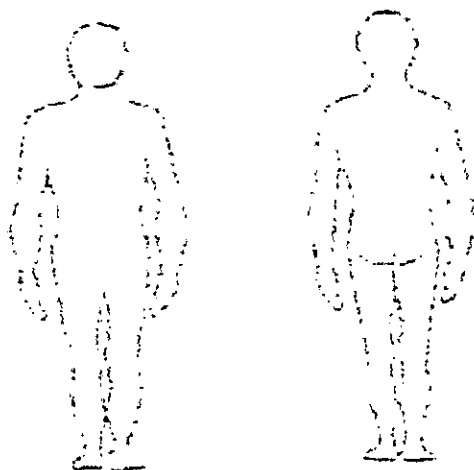
h) NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Para cubrir esta necesidad, Alejandra se baña una vez al día de preferencia al mediodía, cuando el agua está tibia. Los dientes se los lava de manera ocasional por las mañanas y en las noches.

Sus hábitos higiénicos que considera imprescindibles son el lavado de manos antes y después de comer o de eliminar.

Su aspecto general es regular con olor corporal normal, dientes y encías con residuos alimenticios y con presencia de halitosis por las mañanas.

En cuanto a creencias personales que limitan sus hábitos higiénicos, la madre dice que "es malo bañarla cuando tiene fiebre y cuando tiene gripa".



i) NECESIDAD DE EVITAR PELIGROS.

La familia de Alejandra Guadalupe está compuesta por 3 miembros, su mamá, su papá y ella. La madre de Alejandra acostumbra la automedicación o acude al médico en caso necesario. Alejandra no conoce las medidas de

prevención de accidentes puesto que su mamá tiene ideas, pero muy aisladas.

En las condiciones del ambiente, en su hogar se observan situaciones de peligros por falta de escaleras para subir y bajar, ya que de manera provisional están ubicados cierto número de tabiques demasiados altos y que al pisar se mueven de manera insegura.

Los controles periódicos de salud anteriormente los llevaba a cabo porque estaba asegurada, pero últimamente ya no acude a ninguna institución de salud (perdió sus citas para vacunas). Cabe mencionar que en el transcurso de la visita se aprovecha la oportunidad de preguntarle a la madre de Alejandra, si ya se había realizado detecciones de cáncer de manera oportuna; la respuesta fue negativa y ella tiene 4 años de vida sexual activa.

Otra situación de peligro que se observa en el hogar es la instalación de un taller de balconería con una planta de soldar en el trayecto necesario para entrar y salir de la casa.

j) NECESIDADES DE COMUNICARSE.

Alejandra Guadalupe ocupa el rol de hija única en la estructura familiar, vive con sus padres, le gusta visitar a sus abuelos maternos por la cercanía de éstos, quienes en determinado momento ayudan en su cuidado.

Su lenguaje es pobre, no es claro, es confuso, pero le gusta platicar con sus padres, sus abuelitos y vecinos.

Sus contactos sociales son sobretodo con sus vecinos, abuelos, tíos y primos a quienes visitan generalmente a diario o cada tercer día.

k) NECESIDADES DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Alejandra Guadalupe es hija de padres católicos. Ella fue bautizada el 30 de enero del año 2000, pos costumbre de sus padres. Su religión no la practica porque no acuden a ningún evento de la iglesia católica; la madre de Alejandra dice que "le han inculcado valores como el temor a Dios y el amor a su familia"

El principal valor personal de Alejandra es su madre, porque en cualquier situación agradable o desagradable se apoya en ella.

La madre cree que los valores personales de Alejandra están siendo alterados "porque en ocasiones ya no permite el contacto físico con ellos", (debido a que la madre no la atiende cuando ella se lo solicita para jugar, de igual forma el padre está presente, pero está trabajando en su taller de balconería).

En cuanto a los objetos indicativos de determinados valores o creencias, para Alejandra es el Cristo porque se persigna ante él.

l) NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE.

Alejandra es una niña que no tiene necesidad de trabajar porque está bajo la tutela y cuidado de sus padres. Aunque ayuda a su mamá en el trabajo de la casa, ocasionando en ella una sensación de satisfacción y de realización al apoyar a su mamá.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

II) NECESIDADES DE JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Las actividades recreativas y de ocio que Alejandra realiza en su tiempo libre son: jugar, bailar, ver televisión y casi por lo general lo realiza sola.

En la comunidad donde vive hay un parque y canchas de juegos a los que acude de manera ocasional con sus padres.

Su estado de ánimo es participativo, le gusta jugar con otros niños, pero en algunas ocasiones se cohibe.

m) NECESIDADES DE APRENDIZAJE.

Alejandra no asiste a la escuela preescolar porque sus padres consideran que está muy chica para inscribirla; sin embargo ella les solicita que quiere ir a la escuela porque quiere aprender a escribir y tener amigos.

No tiene conocimientos sobre sí misma, sobre autocuidados necesarios y de sus necesidades básicas.

Se le pregunta a Alejandra si quiere aprender a cómo cuidar su salud, e la misma manera se le pregunta a la madre, obteniendo respuestas positivas.

(Ver anexo 1)

2. JERARQUIZACIÓN DE NECESIDADES Y CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA.

En esta etapa que es la jerarquización de necesidades, a partir de un análisis se concluye que todas ellas son parcialmente dependientes a excepción de la necesidad de "oxigenación", "descanso y sueño", "trabajar y realizarse" que son independientes, por tanto se aplica la jerarquización planteada por Virginia Henderson. (anexo 3)

1. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Diagnóstico. Alteración de la nutrición relacionada con la ingesta deficiente de alimentos manifestada por palidez de tegumentos, manchas hipocrómicas.

Definición. Estado en el que el individuo experimenta un aporte de nutrientes insuficientes para cubrir sus necesidades metabólicas (Ma. Teresa Luis 1994, p11).

P.D. Por falta de conocimiento.

2. ELIMINACIÓN.

Diagnóstico. Alteración en la eliminación relacionado por el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado manifestado por la eliminación de heces duras y secas.

Definición. Estado en que el individuo experimenta un cambio en sus hábitos intestinales normales, caracterizado por una disminución de la frecuencia y/o eliminación de heces duras y secas (Ma. Teresa Luis, 1994, p 8)

P.D. Por falta de conocimiento.

3. *MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.*

Diagnóstico. Deterioro de la movilidad física relacionado por disminución de la fuerza relacionado por disminución de la fuerza y la resistencia manifestado por caídas frecuentes.

Definición: Estado en que el individuo experimenta una limitación de la capacidad por el movimiento físico dependiente. (Ma. Teresa Luis, 1994, p53).

4. *TERMOREGULACIÓN.*

Diagnóstico. Deterioro de la adaptación a los cambios de temperatura relacionados con la actitud de quedarse dentro de la casa sin salir cuando el clima está frío y presencia de hipotermia.

Definición. Estado en que un individuo es incapaz de modificar su estilo de vida / comportamiento de forma coherente con un cambio en su estado de salud (Ma. Teresa Luis, 1994, p 47.)

P.D. Falta de fuerza.

5. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

Diagnóstico. Déficit de autocuidado relacionado con falta de limpieza de los dientes manifestado con dientes sucios, encías con residuos de alimento y halitosis.

Definición. Estado en que la persona presente incapacidad para realizarse o completar actividades de limpieza dental. (Ma. Teresa Luis, 1994, p.58)

P.D. Por falta de conocimiento.

6. EVITAR PELIGROS.

Diagnóstico. Riesgo potencial relacionado con la presencia de planta de soldar en uso dentro de la habitación y la falta de escaleras para subir y bajar de su habitación.

Definición. Estado en que un individuo está en riesgo potencial de lesión como resultado de la interacción de las condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos del individuo. (Ma. Teresa Luis, 1994, p28).

P.D. Falta de conocimiento.

7. COMUNICARSE.

Diagnóstico. Deterioro de la comunicación verbal, relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres manifestado por lenguaje pobre y confuso.

Definición. Estado en que un individuo experimenta una disminución o ausencia de la capacidad para usar o comprender el lenguaje en la interacción humana. (Ma. Teresa Luis, 1994, p. 36)

8. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.

Diagnóstico. Alteración de los procesos familiares relacionados con la falta de atención oportuna de la madre, manifestado por aislamiento y rechazo hacia la madre.

Definición. Sistema familiar incapaz de satisfacer las necesidades físicas, emocionales, espirituales de sus miembros (Ma. Teresa Luis, 1994, p41).

P.D. Por falta de fuerza.

9. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

Diagnóstico. Déficit de actividades recreativas, relacionado con la falta de estimulación de los padres manifestada por incapacidad para realizar actividades creativas de acuerdo a su edad.

Definición. Estado en que un individuo experimenta una disminución de la estimulación o del interés o compromiso en actividades recreativas o de ocio. (Ma. Teresa Luis, 1994, p. 57).

10. APRENDIZAJE.

Diagnóstico. Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.

Definición: Estado en que un individuo experimenta disminución en el establecimiento de nuevas relaciones entre su actividad y el entorno / alteración de los procesos graduales del aprendizaje.

P.D. Por falta de fuerza.

(Ver anexo 2)

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de la nutrición relacionada con la ingesta deficiente de alimentos, manifestada por palidez de tegumentos, manchas hipocrómicas, peso normal con talla ligeramente baja.

Objetivo.

Elevar la calidad de la alimentación de acuerdo al peso y talla.

Intervención de enfermería.

-Planear conjuntamente con la madre del preescolar varios menús que contemplen una dieta completa, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente.

-Tomar en cuenta las preferencias del preescolar en cuanto a verduras de hojas verdes.

-Educación a la madre de la importancia de la calidad de la alimentación para el buen desarrollo psicomotor de Alejandra (a través de rotafolio).

-Educación al preescolar de los alimentos básicos para su alimentación (a través de franelógrafo)

-Enseñar la importancia de la higiene oral antes de las comidas para aumentar el sabor.

Evaluación.

-Se realizaron 5 menús junto con la madre y se le pide que realice 2 más para completar la semana.

-Las verduras verdes no le gustan, pero se le sugirió a la madre formas de cocinarlas.

-La madre de Alejandra, aceptó y aprendió la importancia de proporcionar una buena alimentación a su hija.

-Aquí la atención del preescolar fue muy poca por lo que se le pide a la madre que ella continúe con esa labor.

3 . *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

Diagnóstico de enfermería.

Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado, manifestado por la eliminación de heces duras y secas.

Objetivo.

Eliminar la alteración en las evacuaciones.

Intervención de enfermería.

Planear conjuntamente con la madre de Alejandra dietas ricas en fibras.

-Educación sobre los alimentos ricos en fibras y laxantes.

-Estimular al preescolar para que ingiera los alimentos planeados.

-Educación sobre la importancia de la alimentación rica en fibras para prevenir el estreñimiento.

Evaluación.

De manera inicial no acepta los alimentos porque no está acostumbrada a ingerirlos, pero se le pidió a la madre que insistiera en estimularla para que aceptara estos alimentos.

Acepta la manzana, la papaya y la fibra de Maizoro.

La madre refiere que las evacuaciones ya no son muy duras.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la movilidad física relacionada con la falta de fuerza en miembros inferiores manifestada por caídas frecuentes.

Objetivo.

Disminuir el deterioro progresivo de la movilidad física

Intervención de enfermería.

-Planear en conjunto con la madre rutinas de ejercicios (caminatas) para fortalecer músculos y huesos.

-Planear ejercicios pasivos para realizarlos en casa.

-Se le indica a la madre que es importante que acuda a consulta médica para darle seguimiento

Evaluación.

Se realiza el plan de ejercicios pasivos y activos en coordinación con los padres de Alejandra.

Inicia sus ejercicios con el apoyo y la motivación de los padres.

Alejandra acepta las rutinas de ejercicio y los aprende con facilidad.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la adaptación a los cambios de temperatura relacionados con la actitud de quedarse dentro de la casa sin salir cuando el clima es frío.

Objetivo.

Lograr un cambio de conducta en cuanto a la adaptación a los cambios de temperatura.

Intervención de enfermería.

- Planear con los padres la enseñanza y estimulación para Alejandra, estimulándola a salir cuando haya frío o calor.
- Informar a los padres la importancia de la educación y cambios de conducta temprana.
- Tomar en cuenta la sensibilidad al frío del preescolar, proporcionándole ropa adecuada a la temperatura ambiental.

Evaluación.

Los padres aceptan y comprenden la importancia de realizar cambios de conducta de manera temprana en el preescolar.

En el momento de realizar el proceso no se dieron cambios ambientales de temperatura para poder valorar la respuesta de la niña.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de autocuidado relacionado con la falta de limpieza de los dientes, manifestado con dientes sucios y encías con presencia de residuos de alimentos y halitosis.

Objetivo.

Elevar el autocuidado de los dientes.

Intervención de enfermería.

-Educar a los padres sobre la importancia de la higiene y estética dental.

-Medidas de prevención de caries.

-Enseñanza sobre la técnica del cepillado dental.

-Se orienta sobre medidas preventivas sobre aplicación de fluoruro.

-Promoción para la salud a través de rotafolio sobre medidas higiénicas de los dientes al preescolar y a los padres.

Evaluación.

-La niña aprendió la técnica del cepillado dental y acepta con agrado las medidas de higiene dental.

-Se realiza sola el cepillado dental.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Riesgo potencial de lesión relacionado con la presencia de planta de soldar en uso dentro de la habitación y la falta de escaleras para subir y bajar de su habitación.

Objetivo.

Prevenir lesiones por accidentes dentro del hogar.

Intervención de enfermería.

-Planear conjuntamente con los padres de Alejandra las medidas para aislar la planta de soldar y que quede fuera del área de circulación.

-Solicitar a los padres de la niña la planeación de las escaleras de la habitación, de manera oportuna.

-Proporcionar alternativas para agilizar la solución los problemas detectados.

-Educar al preescolar y a los padres sobre la importancia de prevenir accidentes en el hogar (franelógrafo).

Evaluación.

Se logra que el papá de Alejandra instale un cerco alrededor de su área de trabajo y la planeación de la escalera a futuro.

La niña le llamó la atención las figuras del franelógrafo y se aprovecha la oportunidad para enseñarle la prevención de accidentes.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.

Objetivo.

Elevar la calidad del lenguaje verbal del preescolar.

Intervención de enfermería.

- Planear junto con los padre terapias de ejercicios de comunicación verbal.

- Motivación a los padre de Alejandra sobre la importancia de inscribirla a un Jardín de Niños para obtener un apoyo más a su desarrollo de un lenguaje verbal más rico y claro.

- Planear terapias de lenguaje verbal a través de figuras y objetos en coordinación con preescolar.

- Fomentar el desarrollo infantil temprano para lograr el éxito escolar a través de:
 - *Inscripción a escuela preescolar.
 - *Participar en programas infantiles.
 - *Acudir a consulta de niños sano.
 - *Llevar a participar en eventos sociales.

- Educar a los padre sobre la importancia de la estimulación temprana y oportuna para lograr un individuo de éxito.

Evaluación.

Se realizaron planes tanto con los padres como con la preescolar.

El preescolar colaboró en las terapias de lenguaje verbal a través de figuras y objetos, lográndose excelentes resultados.

Los padres se motivaron y buscaron un Jardín de Niños para que les aceptaran a su niña porque ya estaban fuera de tiempo para inscribirla.

Alejandra pone interés en aprender y se logran avances.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Alteración de los procesos familiares relacionados con la falta de atención oportuna de la madre manifestada por aislamiento y rechazo hacia la madre.

Objetivo.

Lograr la atención oportuna de la madre de Alejandra hacia su hija para evitar alteraciones de los procesos familiares.

Intervención de enfermería.

-En coordinación con la madre realizar un cronograma de actividades donde contemple un espacio de tiempo para dedicarle a su hija.

-Orientación a la madre de la importancia que tiene que ella le dedique tiempo a su hija para enseñarle juegos.

-Enseñar a los padres la importancia que tiene desarrollar un vínculo afectivo de seguridad y valores en el preescolar.

Evaluación.

La madre realizó su cronograma de actividades, contemplando tiempo para dedicárselo a su hija.

Alejandra parece más interesada en los juegos con su mamá.

Refiere estar contenta cuando su mamá juega con ella.

3. *PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO.

Diagnóstico de enfermería.

Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de estimulación de los padres, manifestado por la incapacidad para realizar actividades creativas de acuerdo a su edad.

Objetivo.

Que el preescolar participe en actividades recreativas de acuerdo a su edad.

Intervención de enfermería.

-Proporcionar a los padres información de la importancia que tiene la participación del preescolar en actividades recreativas.

-Información a los padres de los recursos existentes en la comunidad.

-Estimular a los padres a potencializar la socialización y la participación del preescolar en el entorno.

-Proporcionar estímulo físico, mental y variedad dentro de las actividades de rutina que realiza (por ejemplo: visitas a diferentes parques, zoológico, etc.)

Evaluación.

-Los padres participaron en estas actividades de forma muy positiva ya que expresaron que como es su única hija la quieren sana e inteligente.

-Alejandra aprendió a realizar dibujos y a utilizar los stenciles artísticos mencionando el nombre.

-Realizar torres con botes.

-Cortar figuras y pegarlas.

-Se le solicita a los padres continúen con estas actividades.

(Ver anexo 3)

4. REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Alteración de la nutrición relacionado con la ingesta deficiente de alimentos manifestada por palidez de tegumentos, manchas hipocrómicas.

Cuidados.

-Se planeó con la madre del preescolar varios menús que contemplan una dieta completa, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente.

-Educación a la madre de la niña sobre la importancia de la calidad de la alimentación (a través de rotafolio)

-Educación al preescolar de los alimentos básicos para su alimentación a través de rotafolio.

-Se enseñó la importancia de la higiene oral antes de las comidas para aumentar el sabor de las comidas.

Avances.

-Se realiza la planeación de menús (tomando en cuenta las preferencias de Alejandra).

-Se dio la educación a los padres y a la niña.

-El avance con la niña fue poco.

-Esta actividad se comenta y se retoma con la técnica de cepillado dental.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado manifestado por la eliminación de heces duras y secas.

Cuidados.

- Se realiza la planeación de dietas ricas en fibra en coordinación con la madre, tomando en cuenta las preferencias del preescolar.
- Se le enseña cuáles son los alimentos ricos en fibras y laxantes.
- Se le estimula al preescolar para que ingiera los alimentos planeados.

Avances.

- Inicialmente no acepta los alimentos, pero se le pide a la madre que insista y que los incluya en los menús.
- Para empezar Alejandra acepta comer manzana, papaya y fibras de maizoro.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la movilidad relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores manifestado por caídas frecuentes.

Cuidados.

-Se planearon en coordinación con la madre y el preescolar rutinas de ejercicios pasivos y activos.

Avances.

-A Alejandra le gusta caminar por las tardes y aprovecharon de que su papá descansa y están yendo a caminar los tres.

-Se le indica a la madre que es importante la lleve a consulta médica para darle seguimiento.

-Los ejercicios planeados para hacerlos en casa los está llevando a cabo, pero se cansa, es ahí donde dice la madre que ella le apoya.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la adaptación a los cambios de temperatura relacionados con la actitud de quedarse dentro de la casa sin salir cuando el clima es frío.

Cuidados.

-Se planeó con los padres, la enseñanza y estimulación para la preescolar y en cuanto a motivarla a salir cuando hay frío y calor.

-Se informó a los padres la importancia de la educación y los cambios de conducta temprana.

-Se orienta de la importancia de proporcionarle ropa adecuada a la temperatura ambiental.

Avances.

-Se logra la aceptación de los padres para motivar a su niña en cambios de conducta referente a los cambios de temperatura.

-Únicamente se planeó y educó a los padres en relación a los cambios de conducta.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Déficit de autocuidados relacionado con la falta de limpieza de los dientes, manifestado con dientes sucios y encías con residuos de alimentos y halitosis.

Cuidados.

-Se dio educación a los padres de Alejandra sobre higiene, estética dental y prevención de caries así como aplicación de flúor.

-Al preescolar se le dio a conocer la técnica de cepillado dental.

-A través de rotafolio se enseñaron medidas higiénicas de los dientes al preescolar y a los padres.

Avances.

-La niña ya solicita su cepillo dental para cepillarse, pone atención en las figuras del rotafolio y pregunta qué es y para qué sirven las figuras del rotafolio, aprovechando la oportunidad para enseñarle.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Riesgo potencial de lesión relacionado con la presencia de planta de soldar en uso dentro de la habitación y falta de escaleras para subir y bajar de su habitación.

Cuidados.

- Se planea con los padres de Alejandra, medidas para aislar planta de soldar, porque está ubicada en área de circulación.
- Se dio a conocer la prevención de accidentes a través de franelógrafo.
- Se solicitó a los padres de Alejandra la planeación de las escaleras de la habitación de manera oportuna.
- Se le propone que puede cercar con alambre de malla o con cartón.
- En cuanto a las escaleras, que las puede elaborar con cemento y piedras grandes y barras de árbol.

Avances.

- Ellos refieren que lo único que pueden hacer es poner un cerco de manera que se evite el contacto con la niña.
- A la niña se le da a conocer acciones para prevenir accidentes.
- Ella identifica situaciones de peligro.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.

Cuidados.

-Se planeó con los padres del preescolar, terapias de ejercicios de comunicación verbal.

- ❖ Charlas.
- ❖ Cuentos.
- ❖ Cantos.

-Se dio a conocer a los padres de Alejandra la importancia de inscribirla a un jardín de niños para apoyar su desarrollo psicomotor (lenguaje)

-Se planearon las terapias de lenguaje verbal a través de figuras y objetos.

Avances.

-La niña integra palabras y cada día pregunta por nombres de objetos y figuras que se le proporcionaron.

-Alejandra pone interés en el aprendizaje y manifiesta a través de pronunciaciiones más claras.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.

Cuidados.

-Se orientó sobre la importancia del desarrollo infantil temprano a través de:

- ❖ Participación en programas infantiles.
- ❖ Inscripción a escuela preescolar.
- ❖ Consultas de niño sano.
- ❖ Eventos sociales.

Estimulación temprana a través de actividades.

Avances.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Alteraciones de los procesos familiares relacionados con la falta de atención oportuna de la madre manifestado por aislamiento y rechazo.

Cuidados.

-Se realizó un cronograma de actividades en coordinación con la madre donde se contempló tiempo para jugar con su hija.

-Se orientó a los padres de la importancia que tiene desarrollar un vínculo afectivo de seguridad y valores.

Avances.

-Alejandra se siente contenta al sentir cerca a su mamá cuando están jugando (la abraza y se acerca más a ella)

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa, manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.

Cuidados.

-Se dio información a los padres de Alejandra de la importancia que tiene la participación del preescolar en actividades recreativas.

-Se le informó que existen recursos que le pueden apoyar.

Jardín de niños.

Parque infantil.

Desarrollo integral para la familia (DIF)

-Se le informó que es importante darle estímulos físicos, mentales y variedad, por ejemplo:

Que la lleven al zoológico.

Que la lleven a convivencia infantil, etc.

-Se le enseñó a la niña y a los padres de los juegos y figuras que debe realizar a su edad.

Avances.

-La niña aprendió a:

Realizar dibujos.

Utilizar esténciles.

Realizar torres con botes de leche.

Cortar figuras.

Pegar figuras.

Los padres están agradecidos y como son jóvenes y es su primer hija están participando.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa, manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.

Cuidados.

-Se motivó a los padres de Alejandra a inscribirla a una institución educativa cerca de su casa.

-Se investigaron las opciones de escuelas preescolares.

-Se dieron a conocer las opciones para inscribir al preescolar.

-También se le da a conocer la importancia y las ventajas de inscribirla de manera oportuna a una institución educativa.

Avances.

-La niña aprendió a:

Realizar dibujos.

Utilizar estenciles.

Realizar torres con botes de leche.

Cortar figuras.

Pegar figuras.

Los padres están agradecidos y como son jóvenes y es su primer hija están participando.

(Ver anexo 4)

5. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

No. diagnóstico	RESULTADOS ESPERADOS	EVALUACIÓN
1	Que el preescolar sea alimentado con dietas completas, equilibradas, balanceadas, adecuadas y suficientes.	Se logró parcialmente que el preescolar aceptara las dietas.
2	El preescolar no tendrá dificultad para evacuar.	El preescolar evacua sin dificultad, sus evacuaciones son normales. La respuesta es lenta pero buena (aunque el tiempo en que se realizó el proceso no es suficiente para evaluar) se le dejan indicaciones de acudir a consulta médica.
3	El preescolar caminará sin dificultad y sin presentar caídas frecuentes.	No se logró evaluar esta actividad porque en el tiempo en que se realizó el proceso no se dieron cambios de temperatura.
4	Adaptación del preescolar a los cambios de temperatura (frío)	El preescolar se realiza cepillado dental con un poco de dificultad, pero con tiempos establecidos.
5	Que el preescolar se realice la técnica del cepillado después de los alimentos.	Sí se logró eliminar el riesgo de la planta de soldar, pero aun queda pendiente eliminar el riesgo por la falta de escaleras.
6	Eliminar los riesgos de lesión en el entorno del preescolar.	Se logran excelentes avances gracias a la participación de los padres.
7	El preescolar se comunicará con un lenguaje claro y suficiente de acuerdo a su edad.	Alejandra se comunica más claro.

5. EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS.

No. diagnóstico	RESULTADOS ESPERADOS	EVALUACIÓN
8	Que el preescolar tenga atención oportuna de la madre, evitando alteración de los procesos familiares (valores)	Se logran cambios de conducta en la madre en cuanto al cuidado de su hija.
9	Que el preescolar realice actividades creativas de acuerdo a su edad.	Alejandra inicia realizando dibujos y actividades creativas.
10	Elevar la calidad de actividades psicomotrices e intelectuales.	Se logró la inscripción a una institución educativa, pero en el momento que se realiza el proceso aun no se inician las clases.

6. PLAN DE ALTA

OBJETIVO:

Que el preescolar logre su desarrollo integral a través de la continuación de cuidados y estimulación oportuna por parte de los padres.

Manejo / recomendaciones al familiar.

1. Que se siga contemplando la importancia de la alimentación completa, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente, para el preescolar.
2. Continuar elaborando sus menús con los alimentos ricos en hierro.
3. Continuar con higiene oral antes de las comidas para aumentar el sabor de las comidas.
4. Indicaciones de que continúe por regla incluyendo, en sus alimentos, fibras y abundantes líquidos.
5. Se le dejan indicaciones de acudir a consulta médica de continuar cayéndose.
6. Se dan indicaciones para continuar con las rutinas de ejercicios pasivos y activos.
7. Continuar con la motivación al preescolar para aceptación y adaptación a los cambios de temperatura.
8. Se dejan indicaciones para continuar la estimulación al preescolar en cuanto a higiene y estética dental. Aplicación de flúor.
9. Consulta odontológica para revisión y diagnóstico de manera oportuna de la presencia de caries.
10. Se recomienda de manera especial la construcción oportuna de la escalera de la habitación donde sube y baja la niña Alejandra.
11. Se dejan indicaciones para continuar con las terapias de ejercicios de comunicación verbal (charlas, cuentos y cantos).

12. Se dejan indicaciones a los padres de Alejandra para continuar enseñándole actividades creativas.
13. Se le deja material de apoyo para la estimulación de actividades psicomotoras e intelectuales.
14. Se le dan indicaciones de la importancia del apoyo de los padres para el proceso de enseñanza –aprendizaje cuando inicien las clases.

VI. CONCLUSIONES

El proceso atención de enfermería en el hogar, aplicado al preescolar sirvió para establecer pautas de conducta que se reflejaron de manera efectiva en el desarrollo psicomotor de Alejandra y en la conducta de los padres para proporcionarle cuidados asegurando el éxito de un niño sano.

Cabe mencionar que en este trabajo se tuvo la necesidad de contar de manera permanente con los padres del preescolar por la edad y la poca participación de éste.

El haber realizado el proceso de atención de enfermería a un preescolar medió la oportunidad de conocer a profundidad toda una metodología básica, donde delimita el hacer de la enfermera como profesión única e independiente de otra disciplina.

El proceso de enfermería permite un alto grado de reflexión y análisis en cada una de sus etapas porque trae consigo la documentación bibliográfica continua, permite realizar planes y comentarios con compañeros de la misma disciplina, asesoría de otras disciplinas como son nutrición, psicología, medicina, bibliotecólogos, secretarias, profesores de medicina física, así como también permite trabajar con la familia de manera integral, aprovechando oportunidades para realizar promoción, protección y detección del estado de salud de sus miembros, situación que trae satisfacción personal y profesional.

Me surge la inquietud de decir que la comunidad está necesitada de nuevos programas que aborden los hogares de cada familia para concientizar a sus miembros sobre el autocuidado de su salud y es ahí donde están los espacios para la enfermera.

VII. SUGERENCIAS

Que se contemple como materia básica en la licenciatura (SUA) la teoría y aplicación del proceso atención de enfermería.

Que se de mayor difusión al proceso de enfermería para tomar conciencia de nuestra profesión.

Que las instituciones educativas, de manera general, tengan el conocimiento y la práctica para que el proceso sea aplicado en cualquier espacio para la enfermera.

Buscar espacios de participación en áreas decisivas para regular la atención de enfermería a través de la aplicación del proceso.

Que se busque la oportunidad para que se acepte como modelo la aplicación del proceso de enfermería en las comunidades a nivel estatal y nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernal Beatriz, et. al., **Antología de textos de Filosofía de enfermería**, México, ENEO-UNAM.
2. Colliere, Maria Francoise, **Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería**, Madrid, Interamericana Mc Graw Hill, 1993.
3. Cossier, Bárbara, et.al., **Introducción a la enfermería en enfermería fundamental 1**; Carlos Mota Bermejo, Ceja y otros, 4ª. Edición Interamericana, Mc Graw Hill, Madrid, 1993.
4. Donohue Eben, et. al., **Teoría del déficit de autocuidado**. Dorothea E. Oren, 3ª. Edición, Barcelona, España, Mosby-Doyma, 1998.
5. Espinoza Olivares, Artemisa, et. al., **Antología de docencia en enfermería**, México, ENEO-UNAM.
6. Fernández Ferrín, Carmen, et. al. **El modelo de Henderson y el proceso de atención de enfermería**, Barcelona, Masson-Salvat, 1995.
7. Henderson, Virginia, **La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después**. Madrid, Interamericana, Mc Graw Hill, 1994.
8. Hernández Conesa, Juana, **Historia de la enfermería**, Madrid, Interamericana MC Graw Hill, 1ª. Impresión 1996.

9. **Hernán San Martín, Problemas de Salud en la edad preescolar: Segunda infancia en Tratado General de la Salud en las sociedades humanas.** México, La prensa médica mexicana, S.A. de C.V., 2ª. Reimpresión, 1999.
10. **Javier Gato, Ética y legislación en enfermería** (página de internet) mayo 15, 2000.
11. **Kerovac Suzanne, et al., El pensamiento enfermero,** 1ª. Edición, Asunción, Barcelona, Masson, 1996.
12. **Lucha integrada contra las enfermedades de la infancia: Nueva estrategia para mejorar la salud infantil** en Revista Panamericana Salud Pública / Pan Am/ Publica Health, 1998.
13. **La Fure, Rosalinda. Aplicación de enfermería de la NANDA: Definiciones y clasificaciones 1992-1993.** Madrid, Mosby – Doyma, 1996.
14. **Luis Rodrigo Ma. Teresa, Diagnóstico de enfermería de la NANDA. Definiciones y clasificaciones,** 2ª edición española, 1994.
15. **Marriner, Ann. Modelos y teorías de enfermería,** Madrid, Doyma, 1996.
16. **Mi Ja King, et. al., Guía clínica de enfermería. Diagnóstico en enfermería,** 1ª. Edición española de la 5ª edición en inglés, España, 1994.

17. Moore, Rosario, "Evaluación del desarrollo psicomotor", <http://escuela.med.pugs.cwpublicacioneswmanuelped/eva/dessps.html>, fecha de consulta 28 de mayo del 2000.
18. Alfaro Rosalinda, et. al., **Aplicación del proceso de enfermería**, 3ª edición, Madrid, España, Mosby – Doyma, 1996.
19. Papalia, Diana E. et. al., **Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia**, 5ª. Edición, México, Mc Graw Hill, 1994.
20. Papalia. OLDS, **Primera infancia en Desarrollo Humano**, Tr. Gloria Ramírez Mariño, 4ª. Edición, México, Mc Graw Hill, 1995.
21. Paneuf Margot, **Las necesidades fundamentales según el enfoque de Virginia Henderson en Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería**, Tr. Carlos Ma. López González y Julia López Ruíz; Madrid, Mc Graw Hill, Madrid, 1993.
22. P.W. Iyer, et.al., **El proceso de enfermería en proceso y diagnóstico de enfermería**, 3ª edición, México, Mc-Graw Hill, Interamericana, 1998.
23. P.W. Iyer, et. al., **Redacción de un diagnóstico de enfermería**, 3a. edición, México, Mc- Graw Hill, Interamericana, 1998.
24. SEP. **Manual de estimulación temprana**, México, Secretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, SEP; 1996.

ALEXOS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____ Edad: _____ Peso: _____ Talla: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Religión: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Procedencia: _____ Fuente de información: _____
Fiabilidad: (1-4) _____ Miembro de la familia/persona significativa: _____
Estatus económico: _____

VALORACIÓN DE NECESIDADES HUMANAS.

1. Necesidades básicas de: oxigenación, nutrición e hidratación, eliminación y termorregulación.

a) Oxigenación.

Subjetivo:

Disnea debida a: _____ Tos productiva seca: _____ Dolor asociado con la
respiración: _____ Estado de fosas nasales: _____

Agitación debida a: _____

Tiene antecedentes de problemas cardiorespiratorios: _____

Emociones: _____ Ansiedad/estrés debida a: _____

Inquietud e irritabilidad: _____ Objetivo: _____

Registro de signos vitales y características: _____

Tos productiva/seca: _____ Estado de conciencia: _____

Coloración de piel/lechos ungueales/peribucal: _____

Circulación del retorno venoso: _____

Otros: _____

Calidad del medio ambiente: _____

Influencias familiares y sociales: _____

b) Nutrición e hidratación.

Subjetivo:

Alimentos que ha tomado en las últimas 72 horas: _____

Dieta habitual (tipo): _____ No. comidas diarias: _____

Cantidad de líquidos (tipo): _____

Trastornos digestivos: _____

Intolerancia alimentaria / alergias: _____

Problemas de la masticación y deglución: _____

Patrón de ejercicio: _____

Emociones, sentimientos y pensamientos respecto a la comida / bebida: _____

Sentido que le da a la comida: _____

Objetivo:

Turgencia de la piel: _____

Membranas mucosas hidratadas / secas: _____

Características de uñas / cabello: _____

Funcionamiento neuromuscular y esquelético: _____

Aspectos de los dientes y encías: _____

Heridas, tipo y tiempo de cicatrización: _____

Otros: _____

Influencias familiares y sociales: _____

Tiempo entre comidas: _____

Come solo o acompañado debido a: _____

c) Eliminación.

Subjetivo:

Hábitos intestinales: _____ Características de las heces y orina: _____

Historia de hemorragias / enfermedades renales / otros: _____

Uso de laxantes: _____ Hemorroides: _____

Dolor al defecar / orinar: _____

Cómo influyen las emociones en sus patrones de eliminación: _____

Servicios públicos: _____

Objetivo:

Abdomen / características: _____

Ruidos intestinales: _____

Palpación de la vejiga urinaria: _____

Otros: _____

Medidas no medicamentosas de ayuda: _____

Problema relacionado con la necesidad de eliminación: _____

d) Termorregulación.

Subjetivo:

Adaptabilidad a los cambios de temperatura: _____

Ejercicio / tipo y frecuencia: _____

Temperatura ambiental que le es agradable: _____

Objetivo:

Características de la piel: _____

Transpiración: _____

Condiciones del entorno físico: _____

Otros: _____

Medidas no medicamentosas de ayuda: _____

2. Necesidades básicas de: moverse y mantener una buena postura, usar prendas de vestir adecuadas, higiene y protección de la piel.

a) Moverse y mantener una buena postura.

Subjetivo:

Capacidad física cotidiana: _____

Actividades que realiza: _____

Hábitos de descanso: _____

Tipos de juegos de acuerdo a su edad: _____

Quién le enseña juegos y cuánto tiempo le dedican: _____

Objetivo:

Cuánto tiempo está de pie: _____

Estado del sistema músculo esquelético / fuerza: _____

Capacidad muscular tono / resistencia / flexibilidad: _____

Posturas: _____

Ayuda para la deambulación: _____

Dolor con el movimiento: _____

Presencia de temblores: _____

Estado emocional: _____

Otros: _____

Conoce la importancia de esta necesidad: _____

b) Descanso y sueño.

Subjetivo:

Horario de descanso: _____ Horario de sueño: _____

Horas de descanso: _____ Horas de sueño: _____

Siesta: _____ Ayudas: _____

¿Padece insomnio?: _____

¿A qué considera que se deba?: _____

¿Se siente descansado al levantarse?: _____

Objetivo:

Estado mental: ansiedad / estrés / lenguaje: _____

Ojeadas: _____ Atención: _____ Bostezos: _____ Concentración: _____

Apatía: _____ Cefaleas: _____

Respuestas a estímulos: _____

Otros: _____

Condiciones del entorno que ayudan o impiden satisfacer esta necesidad: _____

c) Uso de prendas de vestir adecuadas.

Subjetivo:

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

¿Su autoestima es determinante en su modo de vestir?: _____

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

¿Necesita ayuda para la selección de su vestuario?: _____

Objetivo:

¿Viste usted de acuerdo a su edad?: _____

Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse: _____

Vestido incompleto: _____ Sucio: _____ Inadecuado: _____

Otros: _____

d) Necesidad de higiene y protección de la piel.

Subjetivo:

Frecuencia de aseo: _____

Momento preferido para el baño: _____

¿Cuántas veces se lava los dientes al día?: _____

Aseo de manos antes y después de comer: _____ Después de eliminar: _____

¿Tiene creencias personales o religiosas que limiten sus hábitos higiénicos?: _____

Objetivo:

Aspecto general: _____

Olor corporal: _____

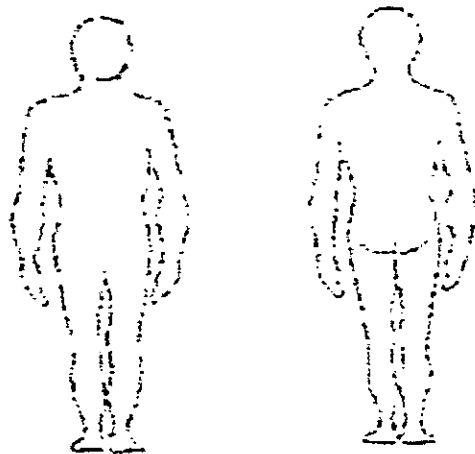
Halitosis: _____

Estado del cuero cabelludo: _____

Lesiones dérmicas (qué tipo): _____

(Anote su ubicación en el diagrama): _____

Otros: _____



e) Necesidad de evitar peligros.

Subjetivo:

¿Qué miembros componen su familia de pertenencia?: _____

¿Cómo reacciona ante una situación de urgencia?: _____

¿Conoce las medidas de prevención de accidentes?: _____

En el hogar: _____

En el trabajo: _____

¿Realiza controles periódicos de salud recomendados?: _____

¿Cómo canaliza las situaciones de tensión en su vida?: _____

Objetivo:

Deformidades congénitas: _____

Condiciones del ambiente en su hogar: _____

Otros: _____

4. Necesidades básicas de: comunicación, vivir según sus creencias y valores, trabajar y realizarse, jugar y participar en actividades recreativas o de aprendizaje.

Subjetivo:

Vive con: _____

Preocupaciones / estrés: _____ Familiares: _____

Otras personas que pueden ayudar: _____

Rol en la estructura familiar: _____

Se comunica de acuerdo a su edad: _____

¿Cuánto tiempo pasa sola?: _____
¿Frecuencia de los diferentes contactos sociales en: _____

Objetivo:
Habla claro: _____ Confusa: _____
Dificultad en la visión: _____ Audición: _____
Comunicación verbal / no verbal con la familia / con otras personas significativas: _____
Otros: _____

b) Necesidad de vivir según sus creencias y valores.

Subjetivo:
Creencia religiosa: _____
¿Su creencia religiosa le genera conflictos personales?: _____
Principales valores en la familia: _____
Principales valores personales: _____
¿Es congruente su forma de pensar con su forma de vivir?: _____

Objetivo:
Hábitos específicos de vestir (grupo social religioso): _____
Permite el contacto físico: _____
¿Tiene algún objeto indicativo de determinados valores o creencias?: _____
Otros: _____

c) Necesidad de trabajar y realizarse.

Subjetivo:
¿Trabaja actualmente?: _____ Tipo de trabajo: _____
Riesgos: _____ Cuánto tiempo le dedica al trabajo: _____
¿Está satisfecho con su trabajo?: _____ ¿Su remuneración le permite cubrir
sus necesidades básicas y/o las de su familia?: _____
¿Está satisfecho (a) con el rol familiar que juega?: _____

Objetivo:
Estado emocional/calmando/ansioso/enfadado/retraído/temeroso/imitable/inquieto/eufórico: _____

Otros: _____

d) Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas.

Subjetivo:

Actividades recreativas que realiza en su tiempo libre: _____

¿Las situaciones de estrés influyen en la satisfacción de su necesidad?: _____

¿Existen recursos en su comunidad para la recreación?: _____

¿Ha participado en alguna actividad lúdica o recreativa?: _____

Objetivo:

Integridad del sistema neuromuscular: _____

¿Rechaza las actividades recreativas?: _____

¿Su estado de ánimo es apático / aburrido / participativo?: _____

Otros: _____

e) Necesidades de aprendizaje.

Subjetivo:

Nivel de educación: _____

Problemas de aprendizaje: _____

Limitaciones cognitivas: _____ tipo: _____

Preferencias: leer / escribir: _____

¿Conoce las fuentes de apoyo para el aprendizaje de salud?: _____

¿Sabe cómo utilizar estas fuentes de apoyo?: _____

¿Tiene interés en aprender a resolver problemas de salud?: _____

Otros: _____

Objetivo:

Estado del sistema nervioso: _____

Órganos de los sentidos: _____

Estado emocional / ansiedad / dolor: _____

Memoria reciente: _____

Memoria remota: _____

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
1. OXIGENACIÓN	I _____ X _____ PD _____ D _____	Esta necesidad la cubre de manera independiente con la fuerza y voluntad que ella manifiesta y sin obstáculos o limitaciones del entorno.
2. NUTRICIÓN / HIDRATACIÓN.	I _____ PD _____ X _____ D _____	Alteración de la nutrición relacionada con la ingesta deficiente de alimentos manifestada por palidez de tegumentos, manchas hipocrómicas.
3. ELIMINACIÓN	I _____ PD _____ X _____ D _____	Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado manifestado por la eliminación de heces duras y secas.
4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.	I _____ PD _____ X _____ D _____	Deterioro de la movilidad física relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores manifestado por caídas frecuentes.
5. DESCANSO Y SUEÑO.	I _____ X _____ PD _____ D _____	Esta necesidad es cubierta de manera independiente con la fuerza y voluntad que ella manifiesta y sin obstáculos o limitaciones del entorno.
6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.	I _____ X _____ PD _____ D _____	Esta necesidad la cubre de manera independiente con la fuerza y voluntad que ella manifiesta y sin obstáculos o limitaciones del entorno.
7. TERMORREGULACIÓN	I _____ PD _____ X _____ D _____	Deterioro de la adaptación a los cambios de temperatura relacionados con la actitud de quedarse dentro de la casa sin salir cuando el clima está frío e hipertermia.

* (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente.

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA DE ENFERMERÍA

NECESIDAD	GRADO DE DEPENDENCIA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.	I _____ PD _____ X _____ D _____	Déficit de autocuidado relacionado con la falta de limpieza de los dientes manifestado con dientes sucios y encías con residuos alimenticios y halitosis.
9. EVITAR PELIGROS.	I _____ PD _____ X _____ D _____	Riesgo potencial de lesión, relacionado con la presencia de planta de soldar en uso, dentro de la habitación y la falta de escaleras para subir y bajar de su habitación.
10. COMUNICARSE	I _____ PD _____ X _____ D _____	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.
11. VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.	I _____ PD _____ X _____ D _____	Alteración de los procesos familiares relacionados con la falta de atención oportuna de la madre manifestado por aislamiento y rechazo hacia la madre.
12. TRABAJAR Y REALIZARSE.	I _____ X _____ PD _____ D _____	No valorable de acuerdo a la edad del preescolar.
13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.	I _____ PD _____ X _____ D _____	Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de estimulación de los padres manifestado por incapacidad para realizar actividades creativas de acuerdo a su edad
14. APRENDIZAJE	I _____ PD _____ X _____ D _____	Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa, manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.

* (I) Independiente (PD) Parcialmente dependiente (D) Dependiente.

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Alteración de la nutrición relacionada con la ingesta deficiente de alimentos, manifestada por palidez de tegumentos, manchas hipocrómicas, peso normal con talla ligeramente baja.</p>	<p>Elevar la calidad de la alimentación de acuerdo al peso y talla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear conjuntamente con la madre del preescolar varios menús que contemplen una dieta completa, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente. -Tomar en cuenta las preferencias del preescolar en cuanto a verduras de hojas verdes. -Educación a la madre de la importancia de la calidad de la alimentación para el buen desarrollo psicomotor de Alejandra (a través de rotafolio). -Educación al preescolar de los alimentos básicos para su alimentación (a través de franelógrafo) -Enseñar la importancia de la higiene oral antes de las comidas para aumentar el sabor. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se realizaron 5 menús junto con la madre y se le pide que realice 2 más para completar la semana. -Las verduras verdes no le gustan, pero se le sugirió a la madre formas de cocinarlas. -La madre de Alejandra, aceptó y aprendió la importancia de proporcionar una buena alimentación a su hija. -Aquí la atención del preescolar fue muy poca por lo que se le pide a la madre que ella continúe con esa labor.

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Alteración en la eliminación relacionado con el aporte deficiente de fibra inferior al adecuado, manifestado por la eliminación de heces duras y secas.</p>	<p>Eliminar la alteración en las evacuaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear conjuntamente con la madre de Alejandra dietas ricas en fibras. -Educación sobre los alimentos ricos en fibras y laxantes. -Estimular al preescolar para que ingiera los alimentos planeados. -Educación sobre la importancia de la alimentación rica en fibras para prevenir el estreñimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> -De manera inicial no acepta los alimentos porque no está acostumbrada a ingerirlos, pero se le pidió a la madre que insistiera en estimularla para que aceptara estos alimentos. Acepta la manzana, la papaya y la fibra de Maizoro. La madre refiere que las evacuaciones ya no son muy duras.
<p>Deterioro de la movilidad física relacionada con la falta de fuerza en miembros inferiores manifestada por caídas frecuentes.</p>	<p>Disminuir el deterioro progresivo de la movilidad física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear en conjunto con la madre rutinas de ejercicios (caminatas) para fortalecer músculos y huesos. -Planear ejercicios pasivos para realizarlos en casa. -Se le indica a la madre que es importante que acuda a consulta médica para darle seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza el plan de ejercicios pasivos y activos en coordinación con los padres de Alejandra. Inicia sus ejercicios con el apoyo y la motivación de los padres. Alejandra acepta las rutinas de ejercicio y los aprende con facilidad.

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Riesgo potencial de lesión relacionado con la presencia de planta de soldar en uso dentro de la habitación y la falta de escaleras para subir y bajar de su habitación.</p>	<p>Prevenir lesiones por accidentes dentro del hogar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear conjuntamente con los padres de Alejandra las medidas para aislar la planta de soldar y que quede fuera del área de circulación. -Solicitar a los padres de la niña la planeación de las escaleras de la habitación, de manera oportuna. -Proporcionar alternativas para agilizar la solución los problemas detectados. -Educar al preescolar y a los padres sobre la importancia de prevenir accidentes en el hogar (franelógrafo). 	<p>Se logra que el papá de Alejandra instale un cerco alrededor de su área de trabajo y la planeación de la escalera a futuro.</p> <p>La niña le llamó la atención las figuras del franelógrafo y se aprovecha la oportunidad para enseñarle la prevención de accidentes.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACIÓN
<p>Deterioro de la adaptación a los cambios de temperatura relacionados con la actitud de quedarse dentro de la casa sin salir cuando el clima es frío.</p>	<p>Lograr un cambio de conducta en cuanto a la adaptación a los cambios de temperatura.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear con los padres la enseñanza y estimulación para Alejandra, estimulándola a salir cuando haya frío o calor. -Informar a los padres la importancia de la educación y cambios de conducta temprana. -Tomar en cuenta la sensibilidad al frío del preescolar, proporcionándole ropa adecuada a la temperatura ambiental. 	<p>Los padres aceptan y comprenden la importancia de realizar cambios de conducta de manera temprana en el preescolar.</p> <p>En el momento de realizar el proceso no se dieron cambios ambientales de temperatura para poder valorar la respuesta de la niña.</p>
<p>Déficit de autocuidado relacionado con la falta de limpieza de los dientes, manifestado con dientes sucios y encías con presencia de residuos de alimentos y halitosis.</p>	<p>Elevar el autocuidado de los dientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Educar a los padres sobre la importancia de la higiene y estética dental. -Medidas de prevención de caries. -Enseñanza sobre la técnica del cepillado dental. -Se orienta sobre medidas preventivas sobre aplicación de fluoruro. -Promoción para la salud a través de rotafolio sobre medidas higiénicas de los dientes al preescolar y a los padres. 	<p>La niña aprendió la técnica del cepillado dental y acepta con agrado las medidas de higiene dental.</p> <p>Se realiza sola el cepillado dental.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Alteración de los procesos familiares relacionados con la falta de atención oportuna de la madre manifestada por aislamiento y rechazo hacia la madre.</p>	<p>Lograr la atención oportuna de la madre de Alejandra hacia su hija para evitar alteraciones de los procesos familiares.</p>	<p>-En coordinación con la madre realizar un cronograma de actividades donde contemple un espacio de tiempo para dedicarle a su hija.</p> <p>-Orientación a la madre de la importancia que tiene que ella le dedique tiempo a su hija para enseñarle juegos.</p> <p>-Enseñar a los padres la importancia que tiene desarrollar un vínculo afectivo de seguridad y valores en el preescolar.</p>	<p>La madre realizó su cronograma de actividades, contemplando tiempo para dedicárselo a su hija.</p> <p>Alejandra parece más interesada en los juegos con su mamá.</p> <p>Refiere estar contenta cuando su mamá juega con ella.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Déficit de actividades recreativas relacionado con la falta de estimulación de los padres, manifestado por la incapacidad para realizar actividades creativas de acuerdo a su edad.</p>	<p>Que el preescolar participe en actividades recreativas de acuerdo a su edad.</p>	<p>-Proporcionar a los padres información de la importancia que tiene la participación del preescolar en actividades recreativas.</p> <p>Información a los padres de los recursos existentes en al comunidad.</p> <p>Estimular a los padres a potencializar la socialización y la participación del preescolar en el entorno.</p> <p>Proporcionar estímulo físico, mental y variedad dentro de las actividades de rutina que realiza (por ejemplo: visitas a diferentes parques, zoológico, etc.) (Ver anexo 5)</p>	<p>Los padres participaron en estas actividades de forma muy positiva ya que expresaron que como es su única hija la quieren sana e inteligente.</p> <p>Alejandra aprendió a realizar dibujos y a utilizar los stenciles artísticos mencionando el nombre.</p> <p>Realizar torres con botes. Cortar figuras y pegarlas.</p> <p>Se le solicita a los padres continúen con estas actividades.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.</p>	<p>Elevar el desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales de preescolar a través de una instrucción educativa.</p>	<p>-Motivar a los padres a inscribir a una institución preescolar a la niña. -Investigar las opciones de instituciones. -Dar a conocer las opciones de instituciones para inscribir a la niña. -Orientar a los padres de la importancia de una inscripción oportuna en una institución educativa.</p>	<p>Se logró que Alejandra se inscribiera al Jardín de niños de manera oportuna. No se evalúan cambios porque cuando se elaboró el proceso. Aún no se inician clases.</p>

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL CUIDADO DOMICILIARIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
<p>Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.</p>	<p>Elevar ala calidad del lenguaje verbal del preescolar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planear junto con los padre terapias de ejercicios de comunicación verbal. -Motivación a los padre de Alejandra sobre la importancia de inscribirla a un Jardín de Niños para obtener un apoyo más a su desarrollo de un lenguaje verbal más rico y claro. -Planear terapias de lenguaje verbal a través de figuras y objetos en coordinación con preescolar. -Fomentar el desarrollo infantil temprano para lograr el éxito escolar a través de: <ul style="list-style-type: none"> *Inscripción a escuela preescolar. *Participar en programas infantiles. *Acudir a consulta de niños sano. *Llevar a participar en eventos sociales. -Educar a los padre sobre la importancia de la estimulación temprana y oportuna para lograr un individuo de éxito. 	<p>Se realizaron planes tanto con los padres como con la preescolar.</p> <p>El preescolar colaboró en las terapias de lenguaje verbal a través de figuras y objetos, lográndose excelentes resultados.</p> <p>Los padres se motivaron y buscaron un Jardín de Niños para que les aceptaran a su niña porque ya estaban fuera de tiempo para inscribirla.</p> <p>Alejandra pone interés en aprender y se logran avances.</p>

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Alteración de la nutrición relacionado con la ingesta deficiente de alimentos manifestada por palidez de tegumentos, manchas hipocrómicas.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
27 -28 de junio 2000.	<ul style="list-style-type: none"> -Se planeó con la madre del preescolar varios menús que contemplan una dieta completa, equilibrada, balanceada, adecuada y suficiente. -Educación a la madre de la niña sobre la importancia de la calidad de la alimentación (a través de rotafolio) -Educación al preescolar de los alimentos básicos para su alimentación a través de rotafolio. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se realiza la planeación de menús (tomando en cuenta las preferencias de Alejandra). -Se dio la educación a los padres y a la niña. -El avance con la niña fue poco.
29 de junio 2000.	<ul style="list-style-type: none"> -Se enseñó la importancia de la higiene oral antes de las comidas para aumentar el sabor de las comidas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Esta actividad se comenta y se retoma con la técnica de cepillado dental.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la movilidad relacionado con la falta de fuerza en miembros inferiores manifestado por caídas frecuentes.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
02-03 julio 2000	-Se planearon en coordinación con la madre y el preescolar rutinas de ejercicios pasivos y activos.	-A Alejandra le gusta caminar por las tardes y aprovecharon de que su papá descansa y están yendo a caminar los tres. -Se le indica a la madre que es importante la lleve a consulta médica para darle seguimiento. -Los ejercicios planeados para hacerlos en casa los está llevando a cabo, pero se cansa, es ahí donde dice la madre que ella le apoya.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la adaptación a los cambios de temperatura relacionados con la actitud de quedarse dentro de la casa sin salir cuando el clima es frío.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
4 y 5 de julio del 2000	<ul style="list-style-type: none">-Se planeó con los padres, la enseñanza y estimulación para la preescolar y en cuanto a motivarla a salir cuando hay frío y calor. -Se informó a los padres la importancia de la educación y los cambios de conducta temprana. -Se orienta de la importancia de proporcionarle ropa adecuada a la temperatura ambiental.	<ul style="list-style-type: none">-Se logra la aceptación de los padres para motivar a su niña en cambios de conducta referente a los cambios de temperatura. -Únicamente se planeó y educó a los padres en relación a los cambios de conducta.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Déficit de autocuidados relacionado con la falta de limpieza de los dientes, manifestado con dientes sucios y encías con residuos de alimentos y halitosis.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
6 y 7 de julio 2000	<p>-Se dio educación a los padres de Alejandra sobre higiene, estética dental y prevención de caries así como aplicación de flúor.</p> <p>-Al preescolar se le dio a conocer la técnica de cepillado dental.</p> <p>-A través de rotafolio se enseñaron medidas higiénicas de los dientes al preescolar y a los padres.</p>	<p>-La niña ya solicita su cepillo dental para cepillarse, pone atención en las figuras del rotafolio y pregunta qué es y para qué sirven las figuras del rotafolio, aprovechando la oportunidad para enseñarle.</p>

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Riesgo potencial de lesión relacionado con la presencia de planta de soldar en uso dentro de la habitación y falta de escaleras para subir y bajar de su habitación.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
8, 9 y 10 de julio 2000	<ul style="list-style-type: none">-Se planea con los padres de Alejandra, medidas para aislar planta de soldar, porque está ubicada en área de circulación.-Se dio a conocer la prevención de accidentes a través de franelógrafo.-Se solicitó a los padres de Alejandra la planeación de las escaleras de la habitación de manera oportuna.-Se le propone que puede cercar con alambre de malla o con cartón.-En cuanto a las escaleras, que las puede elaborar con cemento y piedras grandes y barras de árbol.	<ul style="list-style-type: none">-Ellos refieren que lo único que pueden hacer es poner un cerco de manera que se evite el contacto con la niña.-A la niña se le da a conocer acciones para prevenir accidentes.-Ella identifica situaciones de peligro.

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
11 julio 2000	<p>-Se planeó con los padres del preescolar, terapias de ejercicios de comunicación verbal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Charlas. ❖ Cuentos. ❖ Cantos. <p>-Se dio a conocer a los padres de Alejandra la importancia de inscribirla a un jardín de niños para apoyar su desarrollo psicomotor (lenguaje)</p> <p>-Se planearon las terapias de lenguaje verbal a través de figuras y objetos.</p>	<p>-La niña integra palabras y cada día pregunta por nombres de objetos y figuras que se le proporcionaron.</p> <p>-Alejandra pone interés en el aprendizaje y manifiesta a través de pronunciaciones más claras.</p>

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la falta de estimulación por parte de los padres, manifestado por lenguaje pobre y confuso.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
12 julio 2000	<p>-Se orientó sobre la importancia del desarrollo infantil temprano a través de:</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Participación en programas infantiles.❖ Inscripción a escuela preescolar.❖ Consultas de niño sano.❖ Eventos sociales.❖ Estimulación temprana a través de actividades:	

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Alteraciones de los procesos familiares relacionados con la falta de atención oportuna de la madre manifestado por aislamiento y rechazo.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
13 julio 2000	<p>-Se realizó un cronograma de actividades en coordinación con la madre donde se contempló tiempo para jugar con su hija.</p> <p>-Se orientó a los padres de la importancia que tiene desarrollar un vínculo afectivo de seguridad y valores.</p>	<p>-Alejandra se siente contenga al sentir cerca a su mamá cuando están jugando (la abraza y se acerca más a ella)</p>

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa, manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.

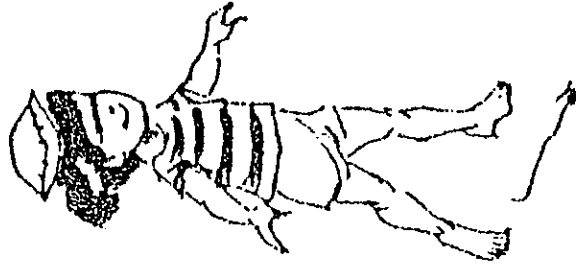
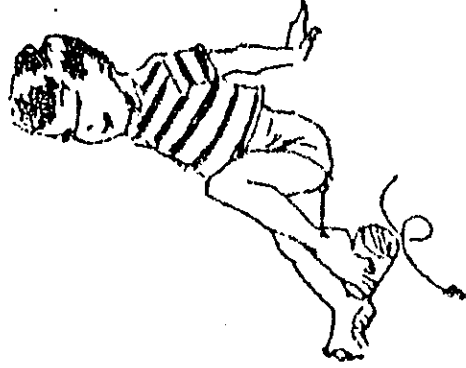
FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
14 julio 2000	<p>-Se dio información a los padres de Alejandra de la importancia que tiene la participación del preescolar en actividades recreativas.</p> <p>-Se le informó que existen recursos que le pueden apoyar.</p> <p>Jardín de niños. Parque infantil. Desarrollo integral para la familia (DIF)</p> <p>-Se le informó que es importante darle estímulos físicos, mentales y variedad, por ejemplo:</p> <p>Que la lleven al zoológico. Que la lleven a convivencia infantil, etc.</p> <p>-Se le enseñó a la niña y a los padres de los juegos y figuras que debe realizar a su edad.</p>	<p>-La niña aprendió a:</p> <p>Realizar dibujos. Utilizar estenciles. Realizar torres con botes de leche. Cortar figuras. Pegar figuras.</p> <p>Los padres están agradecidos y como son jóvenes y es su primer hija están participando.</p>

REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICO: Déficit de actividades de aprendizaje relacionado con la falta de interés de los padres para inscribirla a una institución educativa, manifestada por el lento desarrollo de actividades psicomotrices e intelectuales.

FECHAS	CUIDADOS	AVANCES
15 julio 2000	<ul style="list-style-type: none">-Se motivó a los padres de Alejandra a inscribirla a una institución educativa cerca de su casa. -Se investigaron las opciones de escuelas preescolares. -Se dieron a conocer las opciones para inscribir al preescolar. -También se le da a conocer la importancia y las ventajas de inscribirla de manera oportuna a una institución educativa.	<ul style="list-style-type: none">-Los padres del preescolar aceptan que es importante buscar alternativas para inscribirla. -Se les apoyó para buscar opciones de escuelas. -Logran inscribirla a un Jardín de Niños cerca de su casa.

ACTIVIDADES PARA EL TERCER AÑO



EDAD DE 2 A 3 AÑOS

FINALIDADES.

Favorecer su coordinación y conservación del equilibrio al

- realizar actividades con y sin desplazamiento.
- Contribuir a su coordinación motriz fina al manipular objetos en diferentes posturas con y sin desplazamiento.
- Fomentar la práctica de actividades que faciliten la movilización y el reconocimiento de las partes que integran su cuerpo.
- Propiciar la manifestación del dominio de un lado de su cuerpo en algunas acciones.
- Colaborar al incremento de su vocabulario, al construir frases de 3 o más palabras.
- Promover la práctica de acciones que involucren su ubicación relación a los objetos.
- Fomentar la práctica de acciones que contribuyan al inicio de su independencia y comprensión de algunos comportamientos sociales.
- Propiciar el conocimiento y observación de o que está a su alrededor.



ACTIVIDADES

- Coloque una silla y enfrente de ésta en el piso un muñeco de peluche, invite al niño a que se pase gateando por abajo de la silla y alcance al muñeco, estimule al niño para que cada vez lo haga más rápido diciéndole: "gatea, gatea, saluda al muñeco".



- Amarre un lazo de una silla o mueble y sostenga la otra punta, invite al niño a pasar de pie por arriba del lazo y por abajo gateando y dígame "grande, grande por arriba: pequeño, pequeño por abajo".



- Coloque una cuerda estirada en el piso y dígame al niño que se coloque frente a ella tómelo de las manos e invítelo a que salte sobre los dos pies a un lado y otro de la cuerda.



- El niño de pie, invítelo a que dé pequeños saltos sobre los dos pies al escuchar una palmada se siente; al escuchar nuevamente la palmada vuelve a saltar.

RECURSOS

-Muñeco de peluche, silla, mesa.

-Lazo o mecate, silla, mesa.

-Cuerda, lazo.

ACTIVIDADES.

El niño de pie flexiona el tronco y coloca las palmas de las manos sobre el piso, rueda usted una pelota para que pase por abajo del niño diciendo "la pelota pasa por debajo del puente".

- El niño de pie coloque enfrente de él un pequeño banco o silla, sujete usted la silla o banco e invítelo a que se ponga de pie sobre él y salte hacia adelante.

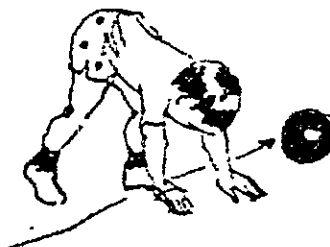
- El niño acostado boca abajo, con los brazos estirados hacia adelante, levante la cabeza por unos instantes y mire al frente y posteriormente se acueste sobre un brazo y sobre el otro.

- Acomode al niño acostado boca abajo, con los brazos extendidos por arriba de la cabeza, ruede hacia un lado hasta quedar boca arriba, regresa a la posición inicial y luego lo realiza hacia el otro lado.

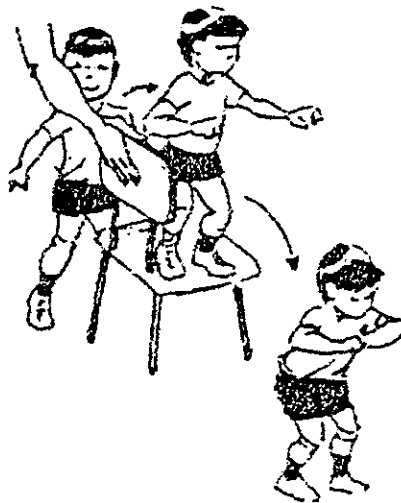
- Sostenga usted un aro en forma vertical y apoyado en el suelo para que el niño pase por él gateando, en cucullas, de pie, varias veces.

RECURSOS

-Pelota de vinil.



-Silla o banco pequeño.

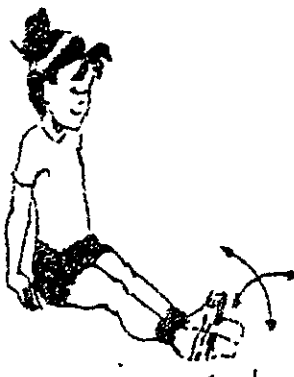


ACTIVIDADES.

- El niño sentado, con las piernas flexionadas, con las manos pase rodando la pelota alrededor de su cuerpo, primero se hará en forma lenta y cuando el niño domine la acción se aumentará la velocidad.

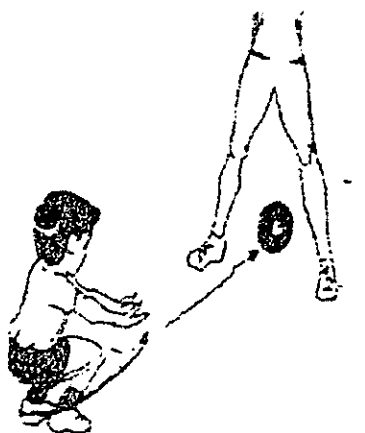


- El niño acostado boca abajo con los brazos extendidos a los lados, invítelo a que golpee el piso con una mano y luego con la otra, sin apoyar los codos, diciéndole "el sueño es un tambor a golpear, a tocar, bon, bon, bon".



- El niño sentado con las piernas extendidas, apoyando las manos detrás del cuerpo, invítelo a que doble y estire las articulaciones de los pies (tobillos).

- Párese usted frente al niño, aproximadamente a 2 metros de distancia, ruede la pelota hacia el niño quien en cuclillas la tomará y la rodará para que pase por en medio de las piernas de usted. Si el niño no logra hacerlo acérquese usted un poco y luego vaya ampliando la distancia.



RECURSOS

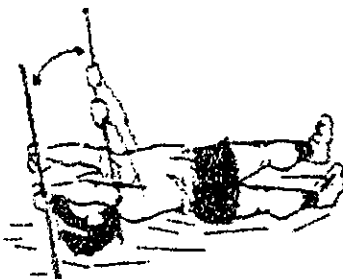
- Pelota de vinil mediana.

-Manta o cobertor.

- Pelota de vinil.

ACTIVIDADES.

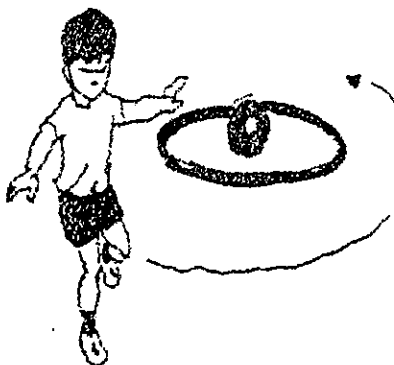
- El niño acostado boca arriba, tome con las manos un palo horizontalmente frente a su cara invítelo a que lo suba y baje con cuidado y los siga con la vista.



RECURSOS

- Palo de escoba, vara, pedazo de manguera rígida de aproximadamente 50 cm.

- Pinte un círculo y coloque una pelota dentro del mismo, dígame al niño que corra alrededor de la pelota 3 ó 4 vueltas, dé usted una palmada c dígame "ahora es tuya la pelota" } el niño correrá a tomarla, después se repetirá la acción pero corriendo en sentido contrario al anterior.



- C
f
p

- Círculo pintado en el piso o área delimitada, pelota de vinil.

- El niño acostado boca abajo, tronco levantado sin separar los muslos del piso, apoyado sobre los antebrazos, invítelo a que se arrastre y alcance un objeto de lugar para que el niño lo tome arrastrándose hacia atrás.



- F
p

- P. Piso libre de obstáculos, pelota, muñeco de peluche o carritos.

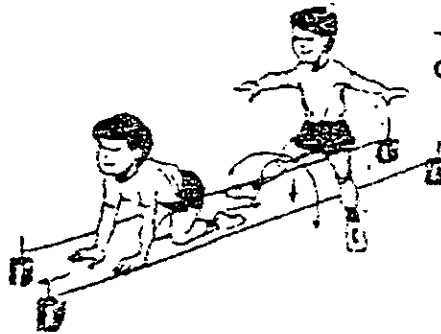


ACTIVIDADES.

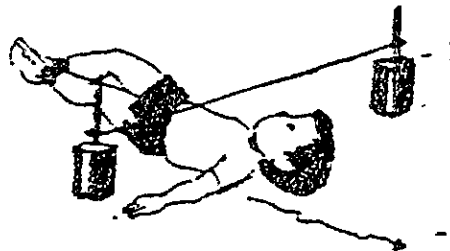
- Coloque dos cuerdas en forma paralela con una distancia de separación de 25 cms.; el niño en posición de gateo se desplazará por en medio de las cuerdas, sin tocarlas; hacia adelante, atrás, sobre cuatro puntos de apoyo (pies y manos) y finalmente de pie; posteriormente pídale que se coloque dentro de la cuerda y que salte abriendo las piernas para caer fuera del carril, salte nuevamente a quedar con piernas juntas dentro del carril.
- Amarre un lazo por un extremo de un mueble y del otro sostenido por usted, a una altura de 30 cms., invite al niño a pasar acostado boca arriba del lazo lentamente sin tocarlo.
- Coloque usted en un recipiente diferentes objetos, invite al niño a que los pase a otro recipiente vacío y menciónese el nombre de cada uno para que el niño los repita.
- Guarde delante del niño un objeto en una caja, tápela y désela al niño para que intente destaparla y sacar el objeto.

RECURSOS

-Lazos, cuerdas, cordones.



-Lazos, cuerdas, cordones.



- Caja de cartón, botes, bolsas, objetos diversos como: tapa de frascos, papel, cubos, cajas pequeñas, lápices.



- Cubo y objetos diversos.

ACTIVIDADES.

- Dele al niño un muñeco, enséñele y mencione cada una de las partes de su cuerpo, pídale al niño que las repita y las señale en su propio cuerpo; invite situaciones como: "el bebé toma el biberón", "el bebé quiere orinar", "el bebé está contento".



- Dele al niño masa o plastilina para que la moldee a su voluntad y entierre en ella tapas, palitos y otros.

- Dele al niño bloques de diferentes tamaños y deje que los explore y manipule, invítelo a que construya torres, casas, carros, etc.



- En un recipiente con agua ponga objetos diversos y deje que los mueva, los meta y saque a voluntad. Es conveniente que esta actividad la realice ante o durante el baño.

- Muestre y enseñe como se unen las partes de un rompecabezas, motíVELO para que intente unirlo sólo y aunque no lo logre felicítelo.

RECURSOS

-Muñeco o titeres.

-Meza de maíz, plastilina, tapas, palitos.

-Bloques de madera o plástico de diferentes tamaños.

- Rompecabezas de figuras sencillas y geométricas.

ACTIVIDADES.

▪ En un recipiente de plástico de boca pequeña motive al niño a que meta y saque objetos diversos. También puede utilizar una alcancía y monedas de diferentes tamaños.

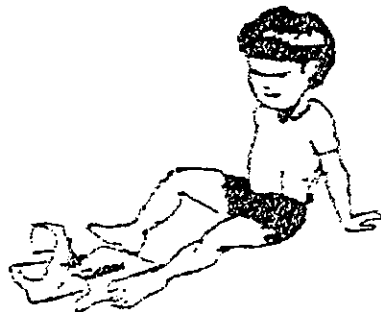


▪ Muestre al niño como se abotona y desabotona una camisa, invítelo a que lo haga por sí mismo, enseñe a subir y bajar el cierre de una bolsa de pantalón.



▪ Invite al niño a hojear un cuento y nárselo, invítelo a que repita el nombre de objetos que llamen su atención, permita que pase las hojas y dígame como hacerlo, al principio pasará varias hojas a la vez y poco a poco logrará hacerlo de una en una.

▪ Invite al niño a arrugar hojas de periódico con las manos, con los pies hasta hacer una pelota, permita que juegue libremente con ella, luego motívelo a que la desarruge.



RECURSOS

-Recipientes de plástico, objetos pequeños, como fichas, tapones de plástico, piedras.

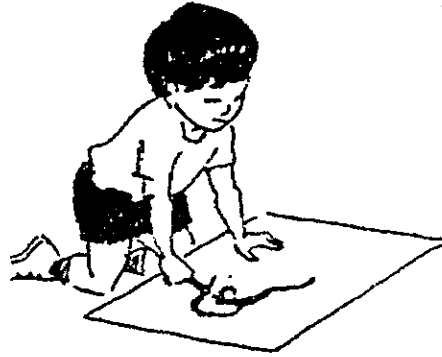
-Camisa, suéter.

- Cuento, revista, libro con ilustraciones.

- Papel periódico o de revistas.

ACTIVIDADES.

- En la mano del niño coloque usted una cuchara y motívelo a que use llevando la comida a la boca. Puede realizar la misma acción con un vaso que contenga un poco de líquido.



- Muestre al niño un dibujo y motívelo a que trate de copiarlo en una hoja, utilizando crayolas o lápices; permítale que raye o pinte la hoja, aun cuando el dibujo no esté bien hecho.

- Encargue al niño que lleve objetos livianos de un lado a otro, que mencione el nombre de éstos, o bien muéstreselos usted y propicie que los identifique.

- Frente a un espejo pregúntele dónde están algunas partes de su cara y cuerpo y que las señale.

- Pide que realice órdenes sencillas "cierra tus ojos", "abre tu boca", "dame la mano", "levanta el pie", etc.



RECURSOS

- Cuchara, vaso, taza.

-Crayones de cera, lápices de colores, papel.

-Zapatos, cucharas, muñecos, carros, etc.

- Espejo.

ACTIVIDADES DE RELAJACIÓN.

- El niño acostado, nárrele un cuento o historia y pase usted suavemente sus manos por todo el cuerpo del niño.

- El niño acostado pídale que se ponga duro como una piedra y luego suave como una almohada.

- Cante una canción, mientras lo amulla en brazos.

- El niño acostado en el piso pídale que juegue a no moverse durante unos segundos, que cierre los ojos y se imagine que realiza un viaje a algún lugar de su preferencia.

- El niño acostado en el piso pídale que mire al techo, una lámpara o cualquier otro objeto.

RECURSOS

- Cuentos, historietas.



- Lámpara, techo, mesas, etc.

RECOMENDACIONES:

- Responda y explique al niño todo aquello que desee saber.
- Facilite objetos simples que él pueda utilizar sin peligro.
- Permita que explore libremente los objetos y el medio que lo rodea, pues de esa forma lo irá conociendo y se adaptará mejor y más fácilmente a él.
- En algunas actividades donde participen 2 o más niños, permita que el papel de adulto las realicen los niños por turnos.
- Si el clima lo permite es conveniente que las actividades se realicen con poca ropa y descalzos.
- Permita que resuelva por sí mismos los problemas sencillos que se le presenten.
- En el uso de la cuchara, los lápices o crayones no imponga el uso de la mano derecha si el niño prefiere la izquierda.
- Cuando el niño demande ayuda bríndesela conforme vaya adquiriendo seguridad retíresela (por ejemplo al entrar a un cuarto oscuro, si el niño, lo desea acompañelo)
- Cuando realice las actividades con el niño, esté tranquilo, sonriale, acarícielo, estimule y festeje sus logros, esto le ayuda a aprender a vivir con los demás.
- Utilice todos aquellos materiales de desecho que tenga en casa como: tapas de refrescos, cajas, frascos, cubetas, revistas, envases de plástico y otros.
- Se sugiere que el tiempo dedicado a cada sesión para niños de esa edad sea de 15 a 20 minutos.