

171

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA.

“EL CUIDADO DE ENFERMERIA DIRIGIDO
A UN CLIENTE ADULTO JOVEN CON
PROBLEMAS DE DROGADICCION.”

QUE PARA OBTENER TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA

PRIETO FERNANDEZ MARIA DE LOURDES.

No. DE CUENTA. 9660379-8

Angelina Rivera M
ASESORA

ANGELINA RIVERA MONTIEL.

ABRIL DE 2001.





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.

AGRADECIMIENTOS.

A MI FAMILIA, POR LA MOTIVACIÓN Y EL APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO PARA PODER ALCANZAR MIS METAS.

CON RESPETO Y SINCERA GRATITUD A LA PROFESORA ANGELINA RIVERA MONTIEL POR SU AYUDA PROFESIONAL PARA LA REALIZACIÓN DEL PRESENTE PROCESO DE ATENCIÓN.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO POR ABRIR SUS PUERTAS PARA MI FORMACIÓN ACADÉMICA

INDICE.

	PAG
INTRODUCCIÓN	I
JUSTIFICACION	II
I OBJETIVOS	III
II METODOLOGIA	IV
III MARCO TEORICO	
ENFERMERIA	
Antecedentes históricos de Enfermería.	1
Concepto de enfermería.	3
Metaparadigma de enfermería y sus componentes	4
Antecedentes de los cuidados	5
Conceptualización de los cuidados	6
Connotaciones del cuidado.	7
ELEMENTOS CONCEPTUALES DE VIRGINIA HENDERSON	
Antecedentes de Virginia Henderson	8
Conceptos básicos de Virginia Henderson	9
Postulados teóricos.	12
Vinculación del metaparadigma con los aspectos	
Conceptuales de Virginia Henderson	13
Proceso de Enfermería.	15
El proceso de Enfermería aplicado a los aspectos	
Conceptuales de Virginia Henderson	18
Características del Crecimiento y desarrollo del	
Adulto joven.	19
DROGADICCION.	
Concepto de Drogadicción.	21
Frecuencia de la Drogadicción en México	22
Evolución Histórica de la Drogadicción.	23
factores que predisponen a la Drogadicción.	24
Clasificación de las Drogas.	28
Fases de la adicción.	29
Signos y síntomas de los consumidores.	30
Antecedentes históricos de la cocaína.	31

Propiedades de la cocaína.	32
Propiedades del tabaco.	35
Bases para el tratamiento médico del Drogadicto.	39

I V. APLICACIÓN DEL PROCESO.

Resumen valorativo.	40
Resumen valorativo de las Necesidades básicas	41
Análisis de las 14 necesidades básicas	43
Jerarquización de Necesidades	56
Diagnósticos de Enfermería.	57
Plan de Cuidados de enfermería.	59

SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

ANEXOS.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCION.

La presente investigación tiene como objetivo la elaboración de un proceso de atención de enfermería encaminado a buscar formas de mejorar e implementar los cuidados que el personal de enfermería proporciona a un cliente adulto joven con problemas de drogadicción para ayudarlo a tener independencia para su cuidado.

El trabajo estará integrado por la Introducción, Justificación, objetivos tanto general como específicos, Marco teórico, dentro del cual se encuentran los antecedentes históricos de enfermería, el concepto de enfermería, el metaparadigma de enfermería y sus componentes,

(Enfermería, persona, salud y entorno), los antecedentes de los cuidados, conceptualización y connotaciones del cuidado, Antecedentes de Virginia Henderson, Conceptos básicos, el postulado teórico de Virginia Henderson, vinculación del metaparadigma con los aspectos conceptuales de Virginia Henderson, el proceso de enfermería y su aplicación a los aspectos conceptuales de Virginia Henderson, Características del crecimiento y desarrollo del adulto joven, el concepto de drogadicción, la frecuencia en México, evolución histórica de la drogadicción, factores predisponentes a la drogadicción, clasificación de las drogas, fases de la adicción, signos y síntomas de los consumidores, antecedentes históricos de la cocaína, propiedades de la cocaína y tabaco, y las bases del tratamientos médico del drogadicto.

Así mismo se incluye el glosario de términos, y las referencias bibliográficas.

Es de esperarse que dicho proceso de atención de enfermería ofrezca alternativas para motivar al cliente adulto con problemas de drogadicción a obtener independencia para su cuidado y con ello identificar y prevenir las complicaciones que las drogas traen consigo.

JUSTIFICACIÓN.

El presente Proceso de Atención se ha realizado con la finalidad de dar a conocer de manera clara y concisa la intervención del personal de enfermería ante la presencia de un problema social que es común en la actualidad, llamado drogadicción. Intervención de gran importancia, ya que el objeto de la profesión de enfermería es el cuidado que se otorga a los clientes que tienen la necesidad de ayuda hasta el tiempo de ser capaces de cuidarse por sí mismos.

Es importante recalcar que cuatro son los elementos que participan en el cuidado: la persona, el entorno, la enfermería y la salud. Esto se debe a que el cuidado son todas las acciones que realiza la enfermera o con la intención de que los individuos desarrollen al máximo sus potencialidades para conservar y mantener la vida y permitir que continúe a esforzarse en compensar las alteraciones de las funciones ocasionadas por un problema de Salud, indagando formas de compensar las carencias que se presentan.

Teniendo conocimiento de todo lo anterior se pretende lograr un estudio profundo del caso, así mismo realizar un Proceso de Enfermería que vaya encaminado a buscar formas de mejorar e implementar los cuidados que el personal de enfermería proporciona a un cliente con problemas de drogadicción, de tal manera que pueda obtener independencia para su cuidado.

I OBJETIVOS.

1.1 GENERAL.

A través del Proceso Atención de Enfermería y los aspectos conceptuales de Virginia Henderson llevar a cabo un estudio de caso a un cliente adulto joven con problemas de Drogadicción.

1.2 ESPECIFICOS.

- 1.2.1. A través de la valoración identificar la capacidad del cliente en La satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- 1.2.2. Conocer los factores que pueden condicionar la dependencia en la Satisfacción de sus 14 necesidades básicas.
- 1.2.3. Teniendo como base los datos obtenidos en la etapa de valoración Identificar las necesidades del cliente para la integración de los Diagnósticos de enfermería.
- 1.2.4. Con base en lo anterior planear los objetivos e intervenciones de Enfermería (suplencia o ayuda) que permitan lograr la independencia del cliente.
- 1.2.5. Evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería en el cliente Con relación al logro de su independencia alcanzada al termino del estudio.

II METODOLOGÍA.

Para llevar a cabo el estudio del caso se inició por analizar la teoría de Virginia Henderson, sus conceptos y su enfoque hacia la enfermería. Posteriormente se seleccionó a un cliente al cual se le informó sobre lo que se pretendía realizar, de esa manera otorgó su consentimiento, posteriormente se plantearon los objetivos necesarios para llevar a cabo el estudio del caso, y se procedió a realizar visitas frecuentes, de tal manera que a través de ellas, fuera posible obtener la mayor información y así mismo lograr una mejor comunicación entre el cliente y el pasante. Cabe mencionar que para la obtención de la información se manejaron cuestionamientos indirectos, pero enfocados a la obtención de datos relevantes.

Fue necesario realizar consultas bibliográficas para obtener información sobre drogadicción, para conocer y entender el comportamiento del cliente y de esa manera poder brindarle orientación pertinente, pero clara y verás.

A través de la entrevista y la observación se obtuvieron los datos necesarios para determinar el grado de independencia / dependencia con relación a las 14 necesidades básicas del cliente y con base en ello formular los Diagnósticos de enfermería y las intervenciones que fueran factibles de ser realizadas por el pasante de LEO. Además de que la evaluación a las mismas se realizó de manera constante, desde el inicio hasta el término del Proceso de atención de enfermería.

III. MARCO TEORICO.

3.1 ENFERMERIA.

3.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA.

El papel tradicional de la enfermera ha sido el de proporcionar asistencia, educación, consuelo y apoyo.

En las culturas antiguas de África, las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y de ancianos. En la antigua India, los primeros hospitales estaban atendidos por enfermeras fijas que debían cumplir cuatro requisitos: 1) Conocimiento de la forma de preparar los fármacos para administrarlos. 2) Inteligencia. 3) dedicación al paciente. 4) Pureza de cuerpo y mente.

A finales del siglo XVI, Camilo De Lellis, santificado por su labor de caridad cristiana, fundó una orden de enfermería para cuidar a los pobres, los enfermos, los moribundos y los que se encontraban en prisión. En 1633 San Vicente de Paul fundó en Francia la Orden de las Hermanas de la Caridad. Ésta fue la primera orden al cuidado del enfermo, misma que envió hermanas enfermeras para que prestaran sus cuidados en el nuevo mundo, para con ello crear hospitales en Canadá, Estados Unidos y Australia.

Más tarde en los siglos XVIII y XIX, se dio una revolución científica. Con el descubrimiento y la exploración de nuevos continentes, surgieron cambios económicos radicales, después de los cuales las naciones se volvieron más interdependientes gracias al comercio. La Revolución Industrial desplazó a los trabajadores de las artesanías al trabajo industrial. Estos cambios se convirtieron en motivos de estrés para la salud. Aparecieron nuevas enfermedades transmitidas en las bodegas de los barcos por los roedores, los cuales atravesaban las fronteras nacionales y saltaban de un continente a otro. El hacinamiento en las labores de las fábricas, el gran número de horas de trabajo y las condiciones laborales poco saludables, dieron lugar a una transmisión rápida de las enfermedades contagiosas como el cólera y la peste.

Durante esa época, el papel de una mujer era mantener el hogar limpio y elegante, las mujeres corrientes trabajaban de sirvientas en casas privadas ó dependían del salario de sus maridos.

Los cuidados que necesitaban los enfermos en los hospitales o en las viviendas privadas los prestaban mujeres bastante extrañas; a menudo eran prostitutas o prisioneras que tenían poco o ningún entrenamiento como enfermeras.

Por ésta razón la enfermería era poco aceptada y carecía de prestigio. El único papel aceptable de enfermera era el desempeñado dentro de una orden religiosa en la que se facilitaban estos servicios formando parte de la caridad cristiana.

La reforma llegó a la mano de la enfermera británica, Florence Nightingale, durante la guerra de Crimea. Los esfuerzos de Florence lograron que la enfermería se convirtiera en una profesión respetada. Además de luchar por la limpieza y comodidad de los hospitales, Nightingale trabajó a favor de la educación del pueblo enseñándole a tomar medidas sanitarias y evitar en lo posible las enfermedades. (1)

Ella creía en la prevención y en la necesidad de un ambiente siempre fresco, agua potable, medicación adecuada, paz, movilidad y el conocimiento para que el cliente cuidara de sí mismo. Muchas de las propuestas de Nightingale son ahora las bases de la atención. La formación de las enfermeras era el principal objetivo de ésta Reforma.

1

La tendencia general desde la creación de las primeras organizaciones de enfermería en 1800 hasta el final de la 1ª Guerra Mundial fue la rápida expansión de hospitales y de escuelas de Enfermería en los mismos.

En los años 20 s el Committee for the Study of Nursing Education, propuso la separación de las escuelas de enfermería de los hospitales y la adecuación de éstas a un nivel universitario. Como resultado se crearon dos escuelas universitarias de enfermería. El objetivo de ésta experiencia nueva fue comprobar si era posible la compaginación de estudios teóricos como prácticas en hospitales, de acuerdo a las necesidades de los estudiantes. Se enfatizó en el bienestar social y en otros aspectos sanitarios concernientes a la enfermería.

Desde el comienzo, hasta el presente la enfermería ha cambiado en todas las áreas. Los programas de educación de enfermería han avanzado rápidamente y también en una amplia gama de hospitales y de servicios de enfermería comunitarios. A través de todos esos cambios, la enfermería ha continuado aportando un servicio estable de ayuda a la gente. (2(PP:))

(1) KOZIER Bárbara, et al. 1993 Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol. 1 Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, 5ª ed; Madrid p. 4 - 7

(2) ~ idem p. 2 - 22

3.1.2 CONCEPTO DE ENFERMERIA.

Enfermería es una profesión orientada a cuidar, el cuidado ha sido descrito como la esencia de enfermería.

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, identificaran metas comunes para realizar y mantener la salud.

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

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

Enfermería es cuidado integrado porque incorpora complejidad biopsicosocial del individuo, considera sus necesidades dentro del contexto ó su mundo único.

Enfermería es cuidado comprensivo porque valora y considera las diferentes experiencias que la persona esta confrontando , con el fin de asistirle y entender estas experiencias y ganar fuerzas para movilizarse hacia un estado de salud. (3)

(3) GRINSPUN, Doris 1992 XII Reunion nacional de Lic. En Enfermería. El arte antiguo de los desafíos de la ciencia moderna En identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico Ed Universitaria. México p 176- 184

3.1.3 EL METAPARADIGMA DE ENFERMERIA Y SUS COMPONENTES.

Un Metaparadigma es el marco conceptual ó fisiológico más global de una disciplina ó de una profesion

Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales

El Metaparadigma de enfermeria consta de 4 elementos de gran importancia.

PERSONA. Se refiere al receptor de los cuidados enfermeros que incluye los componentes físico, espiritual, psicológico y sociocultural, y pueden contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

ENFERMERIA Actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero

SALUD: Se refiere al grado de bienestar ó enfermedad experimentado por la persona.

ENTORNO Aquí se incluyen todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a las personas. (4)

1

(4) RUBY L. Wesley 1995 Teorias y modelos de enfermeria. Ed. Interamericana Mc Graw-hill, 2ª ed. p 2 - 24

3.1.4 ANTECEDENTES DE LOS CUIDADOS.

La historia de los cuidados que comienza con la historia de las especies vivas, surge con la aparición del Linaje Homo que los etnopaleontólogos remontan a 5 ó 6 millones de años. Esta historia se construye fundamentalmente en torno a la permanente preocupación de asegurar la continuidad de la vida.

Los hombres como todos los seres vivos han tenido siempre la necesidad de cuidados, porque cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo permitir que la vida continúe y se desarrolle y de ese modo luchar contra la muerte del individuo, la muerte del grupo ó de la especie.

Durante años los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión, eran los actos de cualquier persona que ayudaba a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar la vida. Los cuidados son universales, todos aparecen y se elaboran a través de dos grandes momentos de la vida que son el nacimiento y la muerte.

Cuidar es un arte que precede a todos los demás sin el cual no sería posible existir, iniciando por las comadronas, desde los albores de la humanidad, fue el origen de los primeros conocimientos y la matriz de todas las culturas. En el curso de la historia de la humanidad, los cuidados están relacionados con la necesidad de favorecer la fecundidad y de asegurar la continuidad de la vida, mientras que los tratamientos responden a la lucha contra la enfermedad y así a la lucha contra la muerte. El objetivo de los cuidados es todo lo que ayuda a vivir y permitir existir. (5)

1

(5) COLLIERE MARIE, Françoise 1994 Promover la vida, de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, Madrid. P. 5-11

3 1 4 1 CONCEPTUALIZACION DE CUIDADOS

El cuidado se concibe como un servicio a la humanidad, basado en la observación y la experiencia, que consiste en poner a la persona enferma ó sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda establecer o preservar su salud (6)

1

(6) " idem " p 7-9

3.1.4.2 CONNOTACIONES DE CUIDADO.

Cuidar es el primer arte de la vida. Este primer arte verdaderamente creación que del nacimiento a la muerte participa del misterio de la búsqueda de la vida, de la vida que emerge, que lucha, que se desvanece, que resurge, de la vida que se ensombrece. Vida de la madre que da a luz, del recién nacido que se afirma, del niño que se lastima, del enfermo que sufre, del drogadicto que se sumerge en su delirio, del anciano que se acaba.

Cuidar, este arte que precede a todos los demás, sin el cual no sería posible existir, iniciando por las comadronas desde los orígenes de la humanidad, fue el origen de todos los conocimientos y la matriz de todas las culturas. Éste arte insertado en el contexto de la vida cotidiana, después de haber sido objeto de desprecio y descrédito con la expansión del cristianismo, ha sido considerado como banal y accesorio ante la emergencia de la medicina científica.

Al contrario de lo que se cree en la actualidad, el arte de cuidar no nació de la enfermedad, ni siquiera de la lucha contra la muerte, sino que los cuidados están relacionados con la necesidad de favorecer la fecundidad y asegurar la continuidad de la vida, mientras los tratamientos responden a la lucha contra la enfermedad, y así a la lucha contra la muerte. Sin embargo la lucha y la muerte no están disociadas, la vida es el camino que conduce hacia la muerte, la cual constituye la última etapa.

El objetivo de los cuidados no es la enfermedad, sino todo lo que ayuda a permitir existir, pero la enfermedad puede existir en cualquier etapa de la vida, se trata de un acontecimiento de la vida, una etapa difícil, pudiendo no superarla ó acabar superándola.

Tanto los remedios como los tratamientos tienen la finalidad de frenar a la enfermedad y de atenuar sus efectos nocivos. Los tratamientos de ninguna manera pueden sustituir a los cuidados, al contrario cuando se aplica un tratamiento se duplican los cuidados, se hace lo posible para disminuir el tratamiento, y si es factible suprimirlo.

La enorme diversidad de cuidados toma sentido en torno a estas prácticas. Así la naturaleza de los cuidados dependerá de la finalidad que se propongan asegurar, según lo que sea necesario despertar y desarrollar de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida. (7)

(7) "idem" p 5 - 11

3.2 ELEMENTOS CONCEPTUALES DE VIRGINIA HENDERSON.

3.2.1 ANTECEDENTES DE VIRGINIA HENDERSON.

Virginia Henderson nació en Kansas City en el año de 1897.

Durante la 1ª Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la enfermería. En 1918 ingresó a la Army School of Nursing de Washington D.C. se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting. En 1922 empezó a enseñar enfermería en el Norfolk y 5 años más tarde ingresó al Teacher's College de la universidad de Colombia, obtuvo especializaciones en docencia en enfermería. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en diferentes clínicas.

Henderson disfrutó de una larga carrera como autora e investigadora. Su libro *The Nature of Nursing* se publicó en 1966. (8)

(8) FERNANDEZ FERRIN, Carmen et al. 1995 El Modelo de henderson y el proceso atención de enfermería. Ed. Masson, Barcelona. Conceptos básicos del modelo de henderson, En antología. seminario de proceso de atención de enfermería. SUA-ENEO-UNAM p. 9 -19 y 25 - 49.

3.2.2 CONCEPTOS BÁSICOS DE VIRGINIA HENDERSON.

Henderson inicialmente no pretendió elaborar una teoría de enfermería. Lo que a ella le llevo a desarrollar su trabajo fue la preocupación de constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. El modelo absolutamente medicalizado de las enseñanzas de enfermería en aquella época, le creaba insatisfacción por la ausencia de un modelo enfermero que le proporcionara una identidad profesional propia. Se dio cuenta de que los libros que pretendían ser básicos para la formación de las enfermeras, no definían de manera clara cuáles eran las funciones de la enfermera y que sin este elemento primordial no se podía establecer los principios y la práctica de la profesión.

Por tal motivo, Henderson dentro de su definición de enfermería establece la función propia de la enfermería.

ENFERMERIA

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

PERSONA:

Aquel individuo que necesita asistencia para alcanzar un grado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son considerados como una unidad, se ve influenciado tanto por el cuerpo como por la mente, tiene unas necesidades básicas reales de supervivencia, necesita de fuerza de voluntad y fuerza de conocimiento para llevar a cabo sus actividades necesarias para tener una vida sana.

SALUD:

Es la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación a las 14 necesidades básicas.

FALTA DE FUERZA:

No sólo se debe considerar a ésta como la capacidad física e habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar al término las acciones pertinentes a la situación, lo cual podrá estar determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas y la capacidad intelectual.

FALTA DE VOLUNTAD:

Se entiende como la incapacidad ó limitación del individuo para comprometerse en una decisión-adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer sus 14 necesidades básicas.

FALTA DE CONOCIMIENTO:

Se refiere a las cuestiones de la propia salud y situaciones de enfermedad, se debe tener autoconocimiento sobre los recursos propios y ajenos disponibles. (9)

NECESIDADES BASICAS DEL SER HUMANO:

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, 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 ó requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad y promover su desarrollo y crecimiento.

A continuación se enlistan las 14 necesidades básicas del Ser Humano.

- 1) N. Oxigenación.
- 2) N. Nutrición e hidratación.
- 3) N. Eliminación.
- 4) N. Moverse y mantener una buena postura.
- 5) N. Descanso y sueño.
- 6) N. Usar prendas de vestir adecuadas.
- 7) N. Termorregulación.
- 8) N. Higiene y protección de la piel,
- 9) N. Evitar peligros.
- 10) N. Comunicarse.
- 11) N. Vivir según sus creencias y valores.
- 12) N. Trabajar y realizarse.
- 13) N. Jugar / Participar en actividades recreativas.
- 14) N. Aprendizaje.

Estas necesidades son comunes en todos los individuos, si bien cada persona en su unicidad, 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 relación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas pueda dar lugar a modificaciones en las restantes. (10)

DEPENDENCIA.

Cuando no es posible mantener un estado óptimo de salud y tratar de buscar la independencia, aparece la dependencia, la cual puede ser considerada una doble vertiente. Por un lado la ausencia de actividades que no resulten adecuadas ó sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades.

Los criterios de dependencia deben considerarse de acuerdo a los componentes específicos de las personas (biofisiológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales), de acuerdo con éste enfoque una persona con una alteración física, debe ser calificada como dependiente, si no sabe como corregir la alteración presente, y en el momento en el que éstos déficit sean subsanados, esta dependencia ya no puede ser considerada como tal, aunque la alteración física persista.

INDEPENDENCIA.

Este concepto puede ser definido como la capacidad de la persona para satisfacer por si mismo sus necesidades básicas, es decir llevar a cabo las acciones adecuadas para satisfacer las necesidades de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. (11)

(9) " Idem " p 3-37

(10) PHANELF, Margot. et al 1993 Cuidados de enfermería. Un proceso centrado en las necesidades de la persona Ed Mc Graw- Hill Madrid, p 17- 48

(11) FERNANDEZ Op Cit p 16-37

3.2.3 POSTULADOS TEORICOS.

Henderson dentro de su teoría habla y define la enfermería como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para que lleve a cabo actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila, la persona con suficiente fuerza, voluntad y conocimiento llevara estas actividades sin ayuda a la satisfacción de sus 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente, Henderson identifica 3 niveles de función de enfermera.

La enfermera sustituta- La cual compensa lo que le hace falta al paciente.

La enfermera ayudante-La cual establece las intervenciones clínicas.

La enfermera compañera- La cual fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud.

1

POSTULADOS SOBRE LOS QUE SE BASA EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON

- TODO SER HUMANO TIENDE HACIA LA INDEPENDENCIA Y LA DESEA,
- EL INDIVIDUO FORMA UN TODO QUE SE CARACTERIZA POR SUS NECESIDADES FUNDAMENTALES.
- * CUANDO UNA NECESIDAD PERMANECE INSATISFECHA EL INDIVIDUO NO ESTA COMPLETO-ENTERO-INDEPENDIENTE. (12)

(12) FERNÁNDEZ Op Cit p 16 - 37

(13) PHANEUF Op cit p 17 - 48.

3.3 VINCULACION DEL METAPARADIGMA CON LOS ASPECTOS CONCEPTUALES DE VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson inicialmente no pretendía elaborar una teoría de enfermería, lo que a ella le llevó a desarrollar su trabajo fue la preocupación al constatar la ausencia de una determinación de la función propia de la enfermera. Fue entonces que al revisar las referencias bibliográficas existente en aquellos años sobre enfermería, se dio cuenta de que los libros básicos para la formación de enfermeras, no definían de manera clara cuáles eran sus funciones, y sin éste elemento principal no se podía establecer los principios y la práctica de la profesión.

Por tal motivo, ella manifiesta: " La única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o una muerte serena), actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, conocimiento y 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 sustraen los cuatro conceptos del METAPARADIGMA DE ENFERMERIA.

PERSONA.

De acuerdo con la definición de la función propia de la enfermera, el individuo o persona se define como el objeto de los cuidados, siendo 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. Por lo tanto la persona es vista como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

ENTORNO.

Aunque Virginia Henderson no incluye el concepto de Entorno en forma específica, en el contenido de su modelo menciona la importancia de los aspectos socioculturales y del entorno físico, (Familia, grupo, cultura, aprendizajes, factores ambientales, etc.) para la valoración de las necesidades y la planificación de los cuidados.

ENFERMERIA

Está enfocada a los cuidados básicos, los cuales se conceptualizan como las 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.

Los cuidados básicos de enfermería, son considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, sin embargo varían, ya que cada persona interpreta a su manera estas necesidades.

También el rol profesional está enfocado al trabajo multidisciplinario, considerando una acción de participación con los demás y a su vez, estos colaboran con ella (el).

SALUD.

Desde una filosofía humanística, Henderson considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos tanto reales como potenciales, encaminados a buscar y lograr la independencia a través de la satisfacción de las 14 necesidades, con el fin de mantener un estado óptimo de salud.

Por lo tanto la independencia es la capacidad de la persona para satisfacer sus necesidades básicas de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación. Cuando esto no es posible aparece una dependencia, la cual dificulta el lograr el óptimo estado de salud, y que puede deberse a tres causas:

FALTA DE FUERZA. La cual no solamente se debe de considerar como la capacidad física ó habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar al término las acciones pertinentes a la situación, lo cual podrá estar determinado por el estado emocional, el estado de las funciones psíquicas y la capacidad intelectual.

FALTA DE CONOCIMIENTO. En lo relativo a las cuestiones de la propia salud y situación de enfermedad, se debe de tener autoconocimiento sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

FALTA DE VOLUNTAD. Se entiende como la incapacidad o limitación del individuo para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

Por lo tanto la Dependencia es la ausencia de actividades llevadas a cabo por la persona con el fin de satisfacer las 14 necesidades, ó que realice actividades que no resulten adecuadas a sean insuficientes para conseguir la satisfacción de las necesidades. (14)

1

3.4 PROCESO DE ENFERMERIA.

UTILIDAD

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 4 pasos secuenciales e interrelacionados: valoración y Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas pensadas para maximizar los resultados a largo plazo. Está caracterizado por su humanidad, ya 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 principios y reglas que se han comprobado efectivos en la promoción de la calidad de los cuidados, la eficiencia y la satisfacción del paciente. Se dedica el tiempo necesario para aprender y aplicar estos principios en las situaciones de la vida diaria, mejorar su capacidad para solucionar los problemas, tomar decisiones y maximizar las oportunidades y recursos.

Tendrá la satisfacción de lograr los objetivos finales de los cuidados de enfermería:

- Promover, mantener ó restaurar la salud ó, en el caso de enfermedades terminales, lograr una muerte tranquila.
- Permitir a las personas manejar sus propios cuidados de salud.
- Proporcionar unos cuidados de calidad.
- Buscar formas de mejorar la satisfacción mediante los cuidados de salud.

El Modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención.

ETAPAS DEL PROCESO.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

Sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En ésta 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 una necesidades con otras.

-La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.

PLANEACION

Una vez identificadas las capacidades y problemas, se comienza a trabajar con el cliente y su familia, para desarrollar un plan de acción que reducirá ó eliminará los problemas, y promoverá la salud. La planificación incluye las siguientes actividades:

-DETERMINACION DE PRIORIDADES.

¿ Qué problemas necesitan atención inmediata.?

¿ Qué problemas deben abordarse en el plan de cuidados.?

-ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS.

¿ Qué es exactamente lo que usted y el cliente esperan conseguir, y en que momento esperan lograrlo.?

-DECISION DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

¿ Qué acciones de enfermería y actividades del cliente ayudarán a lograr los objetivos que ambos han establecido.?

-ANOTACION DEL PLAN DE CUIDADOS.

Quizá otras enfermeras necesitan conocer el plan de cuidados y los objetivos que se esperan lograr.

EJECUCIÓN.

Durante esta etapa se pondrá el plan en acción, lo que implica las siguientes actividades

- Valorar el estado actual de salud del cliente.
- Realizar las intervenciones y sus actividades.

- Seguir valorando al cliente.
- Comunicar y hacer anotaciones.

EVALUACION

Aquí se ayuda a determinar los criterios que pueden indicar los niveles de independencia mantenidos y / o alcanzados a partir de la puesta en marcha el plan de cuidados

En esta etapa comunmente se responde a las siguientes preguntas

- ¿ Ha aparecido algun problema nuevo ?
 - ¿ Se han alcanzado los objetivos planteados durante la fase de planificacion.?
 - ¿ Han logrado los objetivos sólo parcialmente ó no los han logrado en absoluto ?
- (15)

(15) ALFARO LEFEVRE, Rosalinda. 1996 Aplicación del proceso de enfermería. Ed. Mosby- Doyma. 3a. ed. Madrid. Proceso de enfermería. En la antología seminario Proceso de enfermería. SUA-ENEO-UNAM.

3.5 EL PROCESO DE ENFERMERIA APLICADO A LOS ASPECTOS CONCEPTUALES DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Henderson como marco conceptual es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de atención.

1.- En la etapa de valoración y diagnóstico. Sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos

En ésta etapa de determina el grado de independencia ó dependencia en la satisfacción de las 14 necesidades básicas.

Las causas de la dificultad en tal satisfacción.

La interrelación de unas necesidades con otras.

2.- En la etapa de Planeación y Ejecución, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas.

3- En la etapa de Evaluación, el Modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados. (16)¹

(16) FERNÁNDEZ. Op Cit p. 16 - 37.

3.6 CARACTERISTICAS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL ADULTO JOVEN.

La fase del desarrollo del adulto, va desde el final de la adolescencia hasta la muerte. Debido a que las tareas de desarrollo de los adultos jóvenes difieren de las propias de las personas de mayor edad, es por tal motivo que se divide la edad adulta en tres fases: adulto joven que va de los 20 a los 35 años de edad, adulto maduro que incluye de los 36 a los 59 años de edad y el anciano, de los 60 años en adelante.

Durante la fase de adulto joven, la gente se independiza de su familia, establece una profesión, a menudo crea una relación íntima con otra persona y decide tener ó no descendencia. El adulto joven es una persona ocupada que se enfrenta a muchos retos.

DESARROLLO FISICO.

Los adultos jóvenes están en su mejor edad física. El aparato musculoesquelético está bien desarrollado y coordinado. Los demás sistemas y aparatos del cuerpo funcionan al máximo de sus posibilidades. Aunque los cambios físicos en el crecimiento ponderal durante la edad adulta joven son mínimos el desarrollo psicosocial es muy importante.

DESARROLLO PSICOSOCIAL.

Los adultos jóvenes se enfrentan a un cierto número de nuevas experiencias y cambios de formas de vida según progresen hacia la madurez. Tienen que tomar decisiones por sí mismos y muchas de ellas influyen en su forma de vida futura. Comúnmente el adulto joven se encuentra con una cultura bien establecida. En esta etapa será necesario tomar decisiones sobre educación, empleo, matrimonio, poner en marcha un hogar y tener hijos.

Las responsabilidades sociales incluyen la creación de nuevas amistades y el desarrollo de actividades comunitarias.

La elección de una profesión y la instrucción son inseparables. La educación influye en las oportunidades de trabajo y una educación una vez elegida, puede determinar los estudios y la preparación académica necesarios para alcanzar un mejor desempeño laboral. En el pasado los hombres jóvenes, más que las mujeres eran incitados a seguir una educación superior universitaria.

Se consideraba que para las mujeres la educación no era necesaria, ya que se destinaban tradicionalmente a ser esposas y madres. Esta noción ha cambiado según lo ha ido haciendo el papel de la mujer en la sociedad. Actualmente muchas mujeres eligen llevar carreras activas y asumir papeles cívicos en la sociedad aparte de ser madres y esposas.

El permanecer soltero se está convirtiendo en el estilo de vida de los adultos jóvenes, esto quizá se deba a querer seguir sus estudios, dedicarse a la vocación elegida.

DESARROLLO COGNITIVO.

Durante la edad adulta joven, las operaciones formales (las que generan hipótesis) son las que caracterizan el pensamiento durante toda la edad adulta.

En esta etapa la gente es capaz de formar nuevos conceptos y de llevar su pensamiento ordenadamente a la resolución de los problemas. Sin embargo otros factores como la motivación, la educación, la memoria y la madurez, también pueden influir en el desarrollo cognitivo de la edad adulta joven.

DESARROLLO MORAL

En este momento el individuo es capaz de separar su propio ser de las expectativas y reglas de los demás, y definir la moralidad en términos de principios personales. Tanto hombres como mujeres tienden a definir los problemas morales de forma algo diferente. Los hombres utilizan una ética de justicia y definen los problemas morales en términos de reglas y derechos. Las mujeres, por el contrario definen los problemas morales en términos de obligación para proteger y evitar hacer daño.

DESARROLLO ESPIRITUAL.

En esta etapa de desarrollo el individuo entra en el período de individualización reflexiva, ya que el individuo se centra en la realidad. La instrucción religiosa que el adulto recibió cuando era niño ahora puede ser aceptada o rechazada, pero definida. (17)

(17) KOZIER, Bárbara. 1993. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y práctica Vol 1 Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill. 5ª ed; p. 661 – 668.

3.7 DROGADICCION.

3.7.1 CONCEPTO DE DROGADICCION.

Se define como cualquier droga que produce dependencia física ó psíquica, al hablar de droga se puede referir a tabaco, alcohol, cocaína, heroína, opio, etc

DROGA.

Es todo compuestos químico que puede emplearse ó administrarse a seres humanos ó animales como auxiliar para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades u otros estados anormales para aliviar el dolor.

Según la OMS Droga es toda sustancia química que introducida voluntariamente en el organismo de un sujeto, posee la propiedad de modificar las condiciones físicas y psíquicas de éste. (18)

(18) REPETTO, Manuel. 1985. Toxicología de la drogadicción. Ed. Diaz de Santos. Madrid. p. 11 - 28.

3.7.2 FRECUENCIA DE LA DROGADICCIÓN EN MÉXICO.

México es uno de los países de Latinoamérica que cuenta con una de las experiencias más largas en materia de investigación del uso de sustancias adictivas. Se han realizado diversas encuestas en la población mexicana desde hace 20 años, llevadas a cabo en forma conjunta entre la secretaria de educación Pública y el instituto mexicano de psiquiatría de la Secretaría de salud.

Las encuestas nacionales se llevaron a cabo en 1976, 1986 y 1991; esta última proporcionó datos a nivel estatal, incluyendo el medio rural. En la ciudad de México, las encuestas se han efectuado periódicamente (cada 3 años en promedio) desde 1996, siendo la más reciente la del otoño de 1997.

El consumo de tabaco y el abuso de bebidas alcohólicas son los problemas más importantes. Una tercera parte de la población reporta haber probado el tabaco, 3% fuma a diario o casi diario. El consumo de alcohol es algo mayor entre los hombres que entre las mujeres (54% y 45%); 40 hombres y 10 mujeres de cada mil beben 5 copas o más por ocasión de consumo, 1 o 2 veces a la semana.

La prevalencia de consumo de estas dos sustancias es alta.

Existen importantes variaciones regionales, algunas zonas como las ubicadas en la frontera norte del país y las grandes zonas metropolitanas como Guadalajara o la Ciudad de México, presentan índices más altos. Las drogas más utilizadas son la marihuana, la cocaína y los inhalables.

¹Las adicciones son la primera causa de muerte y defectos congénitos a nivel mundial. Están presentes en:

3 de cada 10 pacientes en hospitales generales; 5 de cada 10 ptes. En instituciones de salud mental; 5 de cada 10 reclusiones penales, 6 de cada 10 homicidios, 4 de cada 10 asaltos, 4 de cada 10 violaciones, 3 de cada 10 divorcios, 6 de cada 10 casos de abuso a menores, 6 de cada 10 casos de violencia en el hogar, la mitad de las muertes por accidente de tráfico, incendios, ahogamientos y suicidios. (19)

3.7.3 EVOLUCION HISTORICA DE LA DROGADICCIÓN.

La sociedad acepta de manera variable el uso de drogas, según la religión, la época, las circunstancias, la naturaleza de las drogas y la dosis consumida. Cada época, cada nivel social, cada moda e incluso cada cultura influida por la religión dominante tuvo su droga estupefaciente.

Lo que ha cambiado es la motivación del consumo en el sujeto. Hasta hace algunos años el drogadicto tenía por lo general dos formas de iniciarse. Solía ser una persona de edad media y de posición social, que llevaba una vida agitada. O bien que había llegado a la Toxicodependencia a consecuencia del uso de narcóticos prescritos para el Tratamiento de una enfermedad dolorosa (Toxicodependencia Iatrogénica), además de ser los hombres los que consumían las drogas con mayor frecuencia y cantidad que las mujeres.

Actualmente son los jóvenes principalmente los que en mayor proporción se introducen en el mundo de la droga en busca de nuevas sensaciones y aventuras placenteras. Quizá esto sea un problema de educación, o quizá una consecuencia de la vida independiente y vertiginosa de la juventud moderna. No debe olvidarse el gran número de adictos para vencer las inquietudes de los tiempos actuales y aquellas personas que se hicieron dependientes de los estimulantes en su deseo de sobrellevar el ritmo de vida. Se puede decir que el fenómeno del extendido consumo de las drogas se ha iniciado con la revolución contracultural Universitaria, junto con el movimiento "Hippy" que comenzó en la Universidad de California, que conectó con aquel mayo estudiantil del 68' en Paris desde donde se extendió a toda Europa. Entonces se puede comprobar que la drogadicción ha existido desde siempre, cambiando solamente la Filosofía del consumo, el sujeto y muy especialmente el número de Drogodependientes, que es lo que actualmente convierte el hecho en un problema de elevadas magnitudes sociocultura (20).¹

3.7.4 FACTORES QUE ORIGINAN LA DROGADICCIÓN.

Los factores que originan el consumo de drogas, varían enormemente, en función a la persona, el tipo de droga y el contexto social. Diferentes personas pueden utilizar distintas drogas por el mismo motivo, o la misma droga por diferentes motivos; una misma persona puede alterar diversos motivos para consumir una droga determinada.

Los factores que favorecen el inicio del consumo pueden ser distintos a los que promueven la persistencia del hábito

El consumo de drogas es un fenómeno complejo determinado por muchas variables, por lo que es infructuoso esforzarse por identificar un grupo de causas con validez universal. Por tal motivo no es posible dar una visión simplista acerca de la etiología de la drogadicción.

FACTORES DE TIPO SOCIAL

- OFERTA Y DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS.

Actualmente la rapidez de los transportes y el gran número de viajeros facilita el que las drogas sean transportadas de un país a otro sin estricto control. La oferta de drogas de consumo ilegal en este país es muy importante.

- PUBLICIDAD

Los anuncios de las drogas institucionalizadas como el tabaco, tienden a aumentar el consumo total de las mismas y no sólo a favorecer la competencia entre las marcas o a informar de la existencia de nuevas marcas. Las inversiones que se realizan en publicidad de las drogas legales tienden a incrementar su consumo son muy superiores a las que se emplean en educación sobre las drogas. Si se analiza la publicidad de las drogas a un nivel mundial, resalta aún más su importancia como factor etiológico.

La publicidad no sólo provoca un aumento general del consumo de las drogas, sino que también favorece formas especialmente peligrosas del consumo de las mismas. La publicidad anuncia más aquellas que son peligrosas y nocivas para la salud, y aun más grave es que están dirigidas a los jóvenes.

- AUSENCIA DE INFORMACIÓN VERAZ

En la medida en que la información que disponga una persona sobre las diversas drogas sea parcial ó totalmente falsa, más fácil será que pueda formar decisiones al respecto de una manera racional. Será mucho más probable que comience a utilizar ciertas drogas, que se excedan en el consumo de otras, que rechace a los drogodependientes, ó que no sepa como afrontar adecuadamente los problemas de drogas que se presentan en familiares ó conocidos.

- PRESION DE LOS MODELOS SOCIALES.

Las costumbres imperantes en una sociedad respecto al consumo de las drogas pueden suponer una forma de coacción social sobre los individuos que les lleve a la drogodependencia. Estas costumbres a su vez, están influidas por la publicidad y la forma en que los medios de comunicación abordan el tema de las drogas, las costumbres sociales son transmitidas fundamentalmente a través de los padres, los maestros y el grupo de amigos. El ejemplo de los personajes públicos, del mundo del espectáculo ó de la política, también supone una presión importante hacia el consumo de drogas. En los medios de comunicación son frecuentes las intervenciones de cantantes ó artistas defendiendo los presuntos efectos maravillosos de las drogas ilegales. No debe olvidarse la influencia de las películas de cine y TV, en los que insistentemente se muestran escenas en las que se bebe alcohol, se fuma tabaco, ó se ingieren otras drogas.

- VALORES TRANSMITIDOS POR LOS SISTEMAS EDUCATIVOS.

Los sistemas educativos (familias, escuela, medios de comunicación, publicidad, etc.) pueden transmitir valores que fomenten la drogadicción tales como:

- a) El hedonismo, el cual pretende un máximo placer con un mínimo esfuerzo, el disfrutar el momento presente, sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo.
- b) La postura de evasión ante los problemas.
- c) La satisfacción inmediata de las necesidades.
- d) El intento de solución mágica ó química de los problemas médicos, psicológicos y hasta sociales en el consumismo.

- INADAPTACION SOCIAL

Las soluciones de inadaptación social de las personas, y las necesidades del medio. ó del medio a las necesidades de la persona pueden predisponer para la drogodependencia

El consumo de drogas ilegales es más frecuente en los ambientes urbanos que en los rurales. Lo cual es probable que se deba al ritmo de vida que genera mas tensiones; a la incomunicación que sufren muchos de sus habitantes, el control social sobre los jóvenes es muy escaso, a la sobrecarga de estímulos sensoriales y a la reducción del espacio vital

El consumo de drogas no se asocia ni con la riqueza, ni con la pobreza, ya que se presenta en ambos niveles. Ricos y pobres pueden diferenciarse en el precio de las drogas que consumen, ó en las consecuencias somáticas y sociales del consumo, pero no en el hecho de drogarse

- FACTORES FAMILIARES

El consumo de drogas entre los hijos de padres que también las utilizan es mayor que entre los hijos de padre que no hacen uso de ellas. Es difícil saber si está mayor incidencia de la drogadicción en estos hijos viene de una imitación directa de los padres ó es efecto de una reacción de defensa ante los problemas de consecuencia provocados por la drogodependencia de los padres.

- PROBLEMAS DE CONVIVENCIA FAMILIAR.

El consumo de drogas en nuestro país es tan frecuente, que no se puede decir que en todas las familias donde se toman drogas son especialmente problemáticas. Pero si existe cierta relación entre el grado de conflictividad familiar y la tendencia de sus miembros a ser drogodependientes

Es probable que en las familias donde la comunicación es escasa, los hijos tengan mayor dificultad para asimilar una escala de valores coherentes y adquirir una destreza que les permita tomar decisiones racionales sobre el uso de drogas. También parece probable que los padres evasivos que no aborden en profundidad los problemas a nivel conyugal favorezcan el que sus hijos posteriormente también se evadan ante los problemas que se les presentan, mediante el consumo de drogas, ó por otros medios. También es probable que los padres autoritarios tiendan a educar hijos dependientes e inseguros, con dificultad a hacer frente a la presión social para el consumo de drogas.

- FACTORES INDIVIDUALES.

LOS TRASTORNOS PREVIOS DE LA PERSONALIDAD.

La personalidad del drogodependiente, debía hallarse en dificultades ante su primer contacto con la droga, y el consumo de ésta se debe fundamentalmente a un intento de resolver sus problemas psicológicos.

Los rasgos típicos de la personalidad comúnmente son; Personas con problemas de socialización: con poca resistencia a la frustración, que buscan la satisfacción inmediata, carentes de control interno, mal dotados para hacer frente a las presiones de la vida y las demandas de la sociedad, con falta de confianza en sí mismos

MOTIVACIONES

Las motivaciones son importantes, pero no determinantes. Lo mismo pueden llevar a consumir drogas que a otra conducta. Las motivaciones más frecuentes son:

- Curiosidad por sentir los efectos de una droga.
- Ser aceptado por un grupo o querer formar parte de él.
- Querer destacar ante el grupo de amigos.
- Buscar un placer ó querer evitar el dolor.
- Relajarse, tratar de reducir la ansiedad.
- Estimularse, poder trabajar, retrasar la aparición del sueño, ó de la fatiga.
- Evadirse de una situación que se vive como problemática.
- Llevar la contraria, mostrar cierta rebeldía frente a las normas sociales.
- Deseo de conseguir un autoconocimiento y una comprensión del sentido de la vida.

Como puede verse, las motivaciones para conseguir drogas son tan variadas como las personas y las situaciones vitales.

Lo verdaderamente preocupante es que socialmente apenas se promueven alternativas para satisfacer estas motivaciones por otros medios más sanos. (21).¹

(21) "idem" p 95 - 113

3.7.5 CLASIFICACION DE LAS DROGAS.

ALCOHOLICOS

ASINTOMATICO

SINTOMATICOS Hepatopatias, Neuropatias. Encefalopatias.

MEDICAMENTOS Analgésicos, Tranquilizantes, anoréxicos

HEDONISTAS Tabaco, cannabis, cocaína, anfetaminas, morfina, LSD.

POLIDROGADICTOS: Combinación de más de 2 drogas. (22)¹

(22) "idem" p 11 - 18

3.7.6 FASES DE LA ADICCION.

1ª INICIACIÓN

Medicamentoso.
Político- Económico
Social Imitación, imposición, rebeldía, publicidad,
Aventura, experimentación, curiosidad, etc.

2ª ACOSTUMBRAMIENTO.

Adaptación metabólica.
Incremento de la Dosis
Escalada a drogas más fuertes y mezclas.
Polidrogoomanía.

3ª DEPENDENCIA.

Necesidad de consumo.
Dependencia Psíquica o/y orgánica
Síndrome de Abstinencia = Urgencia Médica. (23).¹

(23) "dem" p 11 - 22

3.7.7 SIGNOS Y SÍNTOMAS EN LOS CONSUMIDORES.

Cada droga produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que la consume. Sin embargo existen varios datos generales que permiten sospechar que un individuo es drogodependiente.

CAMBIOS OBSERVABLES

VESTIDO:

- Desaliño y dejadez.
- Abandono progresivo de la higiene personal.
- Uso permanente de mangas largas.
- Utilización de gafas oscuras en forma exagerada.
- Quemaduras frecuentes en vestido y ropa de cama.

COSTUMBRES

- Inestabilidad laboral.
- Tendencia a aislarse del grupo familiar.
- Disminución de afectividad.
- Tendencia a ocultar sus actividades.
- Insolencia y falta de tolerancia hacia los demás.
- Exigencia exagerada para gastos personales.

DE CARÁCTER FÍSICO Y MENTAL

- Pérdida de la sensación del hambre, o apetito excesivo.
- Consumo elevado de leche y azúcar.
- Cambios brusco de humor; irritabilidad, apatía, somnolencia, euforia, ansiedad.
- Ojos sensibles a la luz, enrojecidos, dilataciones o contracciones de las pupilas.
- Pérdida del ritmo del sueño, insomnios o sueños excesivos (sopor)
- Temblores de manos.
- Trastornos digestivos como diarrea, estreñimiento, náusea, vómito.
- Estados aparentes de embriaguez.
- Dificultades del habla, caídas, pérdida de coordinación de extremidades.
- Frecuentes trastornos hepáticos, caracterizados por la piel amarilla.
- Reacciones de terror repentino. (24)¹

(24) "idem" p 95 - 113

3.7.8 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA COCAINA.

Las propiedades de las hojas de coca eran conocidas por los Incas desde tiempos remotos.

En el Imperio Inca ésta planta era muy valorada y constituía un elemento más para la diferenciación de las clases sociales, ya que el consumo dependía exclusivamente del Inca, estaba prohibida al público y se utilizaba muchas veces como ofrenda a los Dioses y con intenciones Shamanísticas como la Adivinación. Cuando la conquista española, ésta planta fue prohibida por considerarla peligrosa e indeseable. Sin embargo, los conquistadores descubrieron los efectos que tenía la droga si se les daba a los Incas durante el trabajo en las minas. Desde entonces ya no fue utilizada con fines sagrados ó mágicos, sino con el fin de la explotación indígena, para reducir las sensaciones de cansancio, hambre y frío. Las primeras descripciones sobre la dependencia a la cocaína datan del año 1855.

El abuso de ésta droga llegó a ser tan grande que en el siglo XVI el Corcilio de Lima decidió sancionar a los cocainómanos con la excomunión. Por otra parte el gobierno Español prohibió que los plantadores pagaran en especie a los trabajadores por concepto de sueldo. Sin embargo no fue posible erradicar el vicio.

Actualmente en los EE.UU. existen aproximadamente 18 millones de Americanos que consumen cocaína. De acuerdo con el Instituto Nacional de abuso de Drogas cerca del 25% de los adultos jóvenes entre los 18 y los 35 años consumen la cocaína.

¹(25)

(25) VALBUENA BRIONES, agustin. 1993. Manual de toxicomanías y alcoholismo. Ed. Masson. 2ª ed; México, p. 9- 17 y 11 - 28

3.7.9 PROPIEDADES DE LA COCAINA.

Alcaloide presente en la planta *Erythroxylum coca*, de la familia de eritroxiláceas.

Planta difundida en Sudamérica especialmente en las montañas de Perú, Bolivia, Colombia y Chile.

Es un arbusto de hojas simples que puede llegar a medir hasta 3 metros y medio de altura, sus hojas de bordes enteros, estipuladas de color verde intenso. El fruto es una drupa de color rojo oscuro, las hojas contienen 2 tipos de alcaloides:

Los derivados de la Tropinona, como son la Cocaína, Truxilina, Tropacocaína y Cinamilcocaína.

Los derivados del Pirrol como la Higrina y cuskigrina.

Se usa como base libre o como clorhidrato.

PROPIEDADES FÍSICAS Y QUÍMICAS.

- BASE LIBRE.

Cristales incoloros, ligeramente volátiles. (Por encima de 90° C), Poco soluble en agua, soluble en alcohol, cloroformo, éter y benceno. Punto de Fusión, 98° C, sensible a la luz y a la humedad.

- CLORHIDRATO.

Polvo cristalino blanco, de sabor salino y amargo, provocando una insensibilización de las mucosas. Soluble al agua, alcohol y cloroformo. Insoluble en éter. Punto de fusión 195° C.

FARMACOCINÉTICA.

ABSORCIÓN: Se absorbe por todas las vías, pero por las mucosas la absorción es más rápida.

METABOLISMO: Se metaboliza rápidamente en el hígado.

EXCRECIÓN: Por vías urinarias.

MECANISMO DE ACCION.

Bloquea la reabsorción de noradrenalina y de serotonina en la sinapsis, por lo que posee una acción de adrenérgico actuando sobre los centros hipotalámicos que existen en el Sistema Nervioso Simpático. Esta acción simpaticomimética se manifiesta en la vasoconstricción, hipertensión, estimulación cardíaca (Peligrosa), excitación simpática, seguida de depresión y crisis epiléptoides.

INTOXICACIÓN AGUDA:

A BAJAS DOSIS: Inquietud, excitación nerviosa, euforia, estimulación sexual, cefalea, midriasis.

Pequeñas dosis de cocaína actúan sobre la corteza cerebral produciendo estimulación psíquica, con aumento de la capacidad de trabajo, probablemente por la disminución de la sensación de fatiga.

A DOSIS MEDIA: Delirio, alucinaciones, hipertermia, taquicardia, hipertensión, alucinaciones táctiles (Signo de Magnan), convulsiones.

A DOSIS ALTAS: La evolución de los efectos es muy rápida, produciendo coma (Estado de Sopor profundo con abolición del conocimiento , sensibilidad y movilidad), depresión respiratoria, colapso y muerte. Tiene un efecto vasoconstrictor, que da a los cocainómanos gran palidez e hipertensión.

INTOXICACION CRÓNICA.

Se producen trastornos digestivos, como náusea, vómito, falta de apetito y adelgazamiento. Trastornos nerviosos y psíquicos, alucinaciones alternando la excitación y la depresión psíquica. La personalidad del cocainómano se destruye rápidamente. Los inhaladores de cocaína experimentan ulceraciones y perforación del tabique nasal. (26)¹

(26) "idem" p 11-28

3.7.10 PROPIEDADES DEL TABACO.

El tabaco es un producto transformado y elaborado, obtenido a partir de las hojas curadas y fermentadas de la especie vegetal *Nicotiana tabacum*. De origen Americano, e importada a Europa por los Españoles, se extendió simultáneamente por Filipinas, China y Japon. Se cultiva en tierras de regadío.

Es planta herbácea que soporta bien los inviernos, llega a ser muy alta, tanto las hojas como el tronco están cubiertos de pelos granulares pegajosos. Sus hojas son anchas, grandes y puntiagudas con nerviaciones muy sobresalientes. Las flores son grandes de color amarillo verdoso

Su principio activo más importante es la NICOTINA, distribuida en toda la planta, salvo en la semilla. En las hojas que se destinan a fumar se encuentra en cantidades variables, normalmente de 1 a 2 %.

Las hojas fermentadas destinadas a la elaboración de tabaco para fumar tienen menos Nicotina que las simplemente desecadas.

En las hojas de tabaco se encuentran compuestos inorgánicos y orgánicos, éstos últimos se pueden clasificar en nitrogenados y no nitrogenados.

COMPUESTOS INORGÁNICOS.

Son sales fundamentales de calcio y potasio, así como de magnesio, también existen aunque en menor proporción sales de sodio, hierro y plomo o azufre, y fósforo.

COMPUESTOS ORGÁNICOS.

Los aminoácidos y los alcaloides, y el más importante del tabaco es la nicotina. La nicotina es un líquido aceitoso, incoloro en estado puro, pero al contacto con el aire amarillea y oscurece. Su sabor es fuerte y tiene un olor característico. Es fuertemente alcalina y volátil, soluble en agua, muy soluble en alcohol, cloroformo, éter y disolventes derivados del petróleo. Su punto de ebullición es de 247° C. Un cigarrillo que contiene 1 gr. De tabaco, contiene generalmente de 10 a 25mg. De nicotina. En el humo inhalado se liberan de 1 a 8 mg. De nicotina.

Un cigarro puro contiene entre 50 y 120 mg. De nicotina.

Las sustancias químicas presentes en el tabaco al someterse a las temperaturas de la combustión 800° C en presencia de aire experimentar transformaciones muy profundas dando lugar a moléculas diversas. De ahí que muchas de las sustancias presentes en el humo, no se encuentran en la hoja ó lo están en proporciones mínimas, y un ejemplo de ello es la presencia del benzopireno, que es el principal agente cancerígeno del tabaco.

Al fumar cigarrillos parte de la nicotina se deposita en el último tercio del mismo, de donde puede ser liberada si se apura éste. El ritmo y la intensidad de la fumada tienen influencia en la composición del humo.

ACTIVIDAD PRINCIPAL.

La nicotina es estimulante ganglionar, a pequeñas dosis. A dosis elevadas es excitante y luego bloquea la transmisión nerviosa a nivel de los ganglios del Sistema Nervioso vegetativo (gangliopléjico).

El hábito de fumar es la única toxicofilia que convierte en consumidores forzosos a otras personas y durante años ha existido despreocupación por éstos. Actualmente se ha vuelto a respetar a los NO Fumadores estableciendo en numerosos lugares públicos la prohibición de fumar.

ABSORCIÓN:

Todas las sustancias componentes del tabaco con importancia toxicológica se absorben por vía inhalatoria al fumarla. Sólo el 30% del contenido de un cigarrillo pasa por el humo a la boca, el 70% se pierde en el aire. La máxima absorción de nicotina se da cuanto más fuerte es la inhalación, mayor sea el ritmo y la velocidad de fumar, también influye la clase de tabaco siendo mayor la absorción en los alcalinos. Que liberan nicotina en forma de base, absorbible por la mucosa bucal.

METABOLISMO:

Aproximadamente el 80 - 90% de nicotina se metaboliza en el hígado, riñón y pulmón. Además el humo inhalado contiene benzopireno que se transforma en el pulmón, hígado y otros órganos dando 2 tipos de metabolitos, uno de ellos cancerígeno (Epoxido) y otros menos tóxicos.

EXCRECIÓN:

Los componentes del tabaco se eliminan por vía urinaria, el aliento y el sudor, la nicotina también se elimina en la leche de las mujeres que dan de lactar.

TOXICODINAMIA:

Mimetiza la acetilcolina en los receptores postsinápticos tanto simpáticos como parasimpáticos. Origina despolarización, que primero los estimula y posteriormente los bloquea por saturación.

Estimula los quimiorreceptores aórticos y carotídeos en las terminaciones vagales y en la médula suprarrenal. Además por atravesar la barrera hematoencefálica ejerce las mismas acciones sobre los receptores del SNC.

INTOXICACION AGUDA. Por vía oral, en la forma menos grave produce cefaleas, vértigos, vómitos, diarrea, taquicardia, taquipnea. En la forma más grave provoca ansiedad, convulsiones sudoración, midriasis, tendencia al colapso y paro respiratorio. La dosis letal para el adulto es de 50 mg.

Por vía inhalatoria se da sobre todo en fumadores principiantes, una estimulación del sistema parasimpático, y trae consigo sudores fríos, salivación náusea, vómitos, diarrea, dificultad respiratoria e hipertensión.

INTOXICACIÓN CRÓNICA. Provoca inapetencia, acidez de estómago, depresión bronquitis crónica distensión de los alveolos pulmonares originando (Enfisema Pulmonar), debidos más que a la nicotina, a la piridina, a los componentes irritantes del humo, el benzopireno, el arsénico y el cromo, tanto el tabaco como el papel del cigarrillo son causantes del cáncer de pulmón y garganta, angina de pecho, infarto al miocardio por la vasoconstricción que origina, dificultad urinaria.

La nicotina atraviesa la barrera placentaria pudiendo producir una acción teratogénica sobre el embrión, disminuyendo el peso del niño.

La costumbre de fumar junto a personas no fumadoras en lugares cerrados, convierte a éstos en fumadores pasivos forzosos, lo que puede producirles afecciones respiratorias.

TOLERANCIA.

Se desarrolla tolerancia a la nicotina que hace incrementar el consumo al doble o triple aunque desciende rápidamente con la interrupción, por ello hace mayor efecto el primer cigarrillo de la mañana.

DEPENDENCIA.

El tabaquismo desarrolla una dependencia de carácter tanto psíquica como física, que no sólo se debe a la nicotina y a los demás componentes activos del humo, sino también al ritual y actividades sociales del fumador.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA.

Aunque no de carácter grave, se presenta con diferente intensidad, en forma de alteraciones psíquicas (intranquilidad, falta de concentración, aumento de apetito) como de carácter orgánico, (alteraciones de las secreciones, estreñimiento, hipotensión, etc.)

El fumador habitual que interrumpe el consumo suele experimentar en los 3 o 4 primeros días alteraciones neurovegetativas como sudoración, palpitaciones y mareos, intranquilidad, excitación ó crisis de malhumor con irritabilidad y agresividad, que le produce problemas en las relaciones por falta de control, depresión y aumento de peso. No parecen tener utilidad los productos comerciales deshabitantes. (27).¹

(27) *idem p. 21 - 73

3.7.11 BASES PARA EL TRATAMIENTO MEDICO DEL DROGADICTO.

A) DESINTOXICACION.

Atención médica con carácter de urgencia, que necesita el sujeto ante la intoxicación aguda. El tratamiento dependerá del tóxico y de la sintomatología que presenta el sujeto.

B) DESHABITUACION

Supresión del tóxico y por tanto neutralizar la dependencia establecida por el mismo. La deshabitación a la mayoría de los tóxicos puede lograrse con la voluntad del sujeto y una ayuda médica:

- a) Interrupción brusca o progresiva del consumo
- b) Sustitución del tóxico por otro de menor peligro.
- c) Descontinuar absolutamente la absorción del tóxico.

C) RECUPERACIÓN PSÍQUICA.

Se proporciona terapia individual o grupal que motive ó estimule al Sujeto a seguir el plan terapéutico.

D) RECUPERACIÓN ORGANICA.

Se necesitan restaurar todos y cada uno de los aspectos que el tóxico ha dañado tanto psíquica como físicamente.

E) REINSERCIÓN EN LA SOCIEDAD.

Es el paso decisivo de la terapia, ya que de la buena reintegración del individuo en la sociedad, dependerá en gran medida que se Aleje definitivamente de las drogas. Por otra parte la reintegración Dependerá de la acogida que la sociedad le manifieste. (28)¹

IV. APLICACIÓN DEL PROCESO.

4.1 RESUMEN VALORATIVO.

Se trata de cliente de 34 años de edad, de escolaridad primaria terminada, manifiesta tabaquismo (1 cajetilla diaria desde hace 15 años) y consumo de cocaína (6 mg. Por día) desde hace 1 año.

Inicia su vida sexual activa a los 14 años y presenta 4 embarazos, de los cuales sólo se logran 2 sin presentar defectos al nacimiento y que actualmente cuentan con 15 y 13 años de edad respectivamente.

La cliente refiere que hace aproximadamente 6 años tuvo un traumatismo por caída, del cual presentó crisis convulsivas, diagnosticándole desviación del 3er. Disco cervical, resolviendo dicha alteración con intervención quirúrgica para colocación de placa en la región afectada.

Actualmente los eventos convulsivos se presentan eventualmente y son precedidos por sobresaltos ó disgustos para lo cual lleva control con Trileptal (Oxcarbamacepina) tab. De 600 mg. 1 cada 8 horas.

Sus hábitos higiénicos son deficientes, los alimenticios aparentemente adecuados en calidad y cantidad, aunque la cliente presenta un bajo peso para la talla.

Las condiciones de vivienda son precarias ya que la vivienda cuenta con 2 cuartos con buena iluminación, regular ventilación, no cuenta con baño independiente, el agua no es potable y escasea con frecuencia. En la comunidad se presentan factores nocivos para la salud, como alcoholismo, drogadicción , bandalismo, fauna nociva, entre otros.

Los gastos familiares son subsidiados por cuenta de la cliente y del hijo mayor ya que se encuentra separada de su conyuge, percibiendo \$800 semanales insuficientes para cubrir los gastos que se generan en una familia que habita una vivienda rentada, estudios de los hijos, alimentación, vestido, medicamentos, etc. Con respecto a la adquisición de la cocaína ésta es proporcionada a la cliente por un individuo que la cliente conoce desde hace 1 año, y con quien mantiene relaciones. La comunicación con la familia se ve afectada por el problema de drogadicción en el que se está consumiendo la cliente.

4.1.1 RESUMEN VALORATIVO DE NECESIDADES.

Al valorar la necesidad de oxigenación se escuchan secreciones en campos pulmonares, tos productiva, apnea, y polipnea, transitoria, tabaquismo positivo, extremidades superiores e inferiores frías, ansiedad, nerviosismo, taquicardia.

En la necesidad de nutrición e hidratación, es visible el bajo peso para la talla corporal, la piel deshidratada, uñas quebradizas, mucosas orales semihidratadas, pelo opáco, presencia de ceborrea, orofaringe hiperémica, disfagia, poca ingesta de líquidos, náuseas sin llegar al vómito, gingivitis.

A la valoración de la necesidad de eliminación, existe poca ingesta de líquidos, excesiva salivación, no presenta estreñimiento, la orina es concentrada, sudor maloliente.

En la necesidad de moverse y mantener una buena postura se observa poca actividad física, hipotermia de extremidades tanto superiores como inferiores, falta de ánimo, baja autoestima.

En la valoración de la necesidad de descanso y sueño se presenta tos productiva nocturna, duerme aproximadamente 7 horas diarias y en ocasiones descansos vespertinos, no le cuesta trabajo conciliar el sueño.

En la necesidad de usar prendas de vestir adecuadas se valoró que no existe aparentemente ningún dato anormal relevante, ya que su vestimenta es adecuada al igual que el calzado.

Al valorar la necesidad de termorregulación se encuentra hipotermia en extremidades superiores e inferiores y coloración y coloración violácea de las mismas, clima de vivienda húmedo no existe acumulo de grasa corporal, hipoactividad física.

En la necesidad de higiene y protección de la piel se valoró un aseo corporal deficiente, deshidratación de tegumentos, escases de agua, clima de vivienda húmedo, alimentación inadecuada, poca ingesta de líquidos.

Con respecto a la necesidad de evitar peligros existe la presencia de toxicomanías, somatización de problemas a través de crisis convulsivas, baja autoestima, estado de alerta deprimido bajo nivel educativo y económico, egocentrismo.

En la necesidad de comunicación se observa una falta de comunicación familiar, apatía, egocentrismo, aislamiento social.

Con respecto a la necesidad de vivir según sus creencias y valores, existe una actitud incongruente entre valores y creencias inculcadas, con el comportamiento actual, pérdida de fe incredulidad

En la necesidad de trabajar y realizarse se presentan una falta de interés, apatía, limitaciones por las crisis convulsivas y el nivel escolar bajo, falta de motivación familiar, alteración del rol materno y paterno que actualmente ejerce.

Ante la necesidad de jugar y participar en actividades recreativas, se presenta un desinterés, apatía, emociones enconradas, falta de comunicación familiar, aislamiento, toxicomanías, pobreza.

En la necesidad de aprendizaje se presenta un desinterés, estados de ánimo cambiante, inestabilidad emocional, falta de motivación, nivel socioeconómico bajo para poder acudir a la escuela.

4.2 ANALISIS DE NECESIDADES.

I. OXIGENACION.

ASPECTO BIOLÓGICO.

- A) Datos subjetivos: Poco ingreso de oxígeno, sofocación, tos productiva, abundantes secreciones en campos pulmonares.
- B) Datos objetivos: Tos productiva, campos pulmonares con acumulo de secreciones crepitantes, apnea transitoria, Fr. 16 x min. Polipnea transitoria 25 x min, inadecuada nutrición e hidratación, alteración en F.C. 62x min y 96 x min. T/A alterada 90/ 70 y 140/ 128, extremidades frías con coloración violácea, tabaquismo positivo.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO X

¿ PORQUE ¿ FALTA DE FUERZA ___ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO PSICOLÓGICO.

- A) Datos subjetivos: Períodos de ansiedad, ira, tristeza, estrés.
- B) Datos objetivos: Presencia de períodos apneicos y polipneicos, F.R 36 x Min. Nerviosismo visible, intranquilidad.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO X PARCIALMENTE.

¿ PORQUE? FALTA DE FUERZA ___ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO SOCIOCULTURAL.

- A) Datos subjetivos: Tabaquismo considerado (15 al día) vida poco activa
- B) Datos objetivos: Poca ventilación en vivienda, comunidad con presencia De toxicomanías, vivienda con clima húmedo.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO X

¿POR QUÉ ¿ FALTA DE FUERZA ___ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO ESPIRITUAL

- A) Datos subjetivos: Tabaquismo familiar y laboral, vida poco activa
- B) Datos objetivos: Carencia de buen lenguaje y adecuada conducta, poco Interés por la religión.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD. SI _____ NO X

¿ PORQUE ¿ FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

2. NUTRICION E HIDRATACIÓN.

ASPECTO BIOLÓGICO:

A) Datos subjetivos: Disfagia, poca ingesta de líquidos, abundante ingesta de bebidas carbonatadas, ingesta de alimento de 1-2 veces al día.

B) Datos objetivos: peso bajo para talla corporal, deshidratación de tegumentos, y mucosas, uñas quebradizas, pelo opaco y cuero cabelludo ceborreico, gingivitis, orofaringe hiperémica, hipertrofica.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿ PORQUE ¿ FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO PSICOLÓGICO:

A) Datos subjetivos: anorexia, disfagia, gingivitis, repulsión a ciertos Alimentos, presencia de náusea.

B) Datos objetivos: ansiedad, náusea, gingivitis, baja ingesta de líquidos, Orofaringe atrofica, peristalsis aumentada, baja autoestima, ingesta de Alimentos sin compañía, necesidad de preparar los alimentos más que por Gusto por obligación.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿ PORQUE ¿ FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE VOLUNTAD X

ASPECTO SOCIOCULTURAL.

A) Datos subjetivos: falta de interes por los alimentos, pobreza.

B) Datos objetivos: baja autoestima. Nivel socioeconómico bajo, ingesta De alimentos regularmente sin compañía y sin horario establecido.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿ PORQUE ¿ FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO ESPIRITUAL

- A) Datos subjetivos: No manifiesta ningún obstáculo ante éste aspecto.
- B) Datos objetivos: No existen datos relevantes.

SATISFACCION DE NECESIDAD SI NO

¿POR QUE? FALTA DE FUERZA FALTA DE VOLUNTAD
FALTA DE CONOCIMIENTOS

3. ELIMINACIÓN.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: baja ingesta de líquidos, alteraciones menstruales Ocasionales, orina concentrada, poliuria, no datos de estreñimiento, Hipoactividad.
- B) Datos objetivos: Poca ingesta de líquidos, nutrición inadecuada, vida Poco activa, poca sudoración y de olor desagradable, llanto presente, Excesiva salivación, disuria.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD. SI NO

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA FALTA DE VOLUNTAD
FALTA DE CONOCIMIENTO

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: falta de ánimo, ansiedad.
- B) Datos objetivos: desesperación, llanto, baja autoestima.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI NO

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA FALTA DE VOLUNTAD
FALTA DE CONOCIMIENTO

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: No realiza funciones de eliminación en lugares Ajenos a su hogar.
- B) Datos objetivos: No Existe un baño individual en vivienda.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI NO

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA FALTA DE VOLUNTAD
FALTA DE CONOCIMIENTO

ASPECTO ESPIRITUAL

NO DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: realización de poca actividad física.
- B) Datos objetivos: vida relativamente sedentaria, peso bajo para talla corporal, hipertermia de extremidades.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X_____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO X _____

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: falta de ánimo, poca actividad física.
- B) Datos objetivos: tabaquismo, cocainómana, sedentarismo parcial, Ansiedad, tos productiva ante la agitación, soledad parcial.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI _____ NO X_____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO X _____

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: falta de interés.
- B) Datos objetivos: falta de ánimo, toxicomanías, clima de vivienda húmedo, poca comunicación familiar.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X_____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO X _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

5. DESCANSO Y SUEÑO.

ASPECTO BIOLÓGICO.

- A) Datos subjetivos: tos productiva nocturna, eliminación de secreciones, Sueños profundos, aprox. 7 hrs. Diarias y en ocasiones sueños vespertinos.
B) Datos objetivos: características de los ojos hiperémicos, la cama se Observa aparentemente cómoda.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD. SI ___ - NO X ___ -

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA ___ FALTA DE VOLUNTAD X ___
FALTA DE CONOCIMIENTO X ___

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Ansiedad, depresión, duerme sin compañía, problemas para conciliar el sueño en otro lugar fuera del hogar.
B) Datos objetivos: No se observan datos ante éste aspecto.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO X ___

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA ___ FALTA DE VOLUNTAD X ___
FALTA DE CONOCIMIENTO X ___

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: presencia de ruido en los alrededores de vivienda, clima húmedo de vivienda.
B) Datos objetivos: clima húmedo de habitación, comunidad con presencia de bandalismo, delincuencia etc.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO X ___

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X ___ FALTA DE VOLUNTAD X ___
FALTA DE CONOCIMIENTO X ___

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO DATOS RELEVANTES ANTE ÉSTE ASPECTO.

6. USAR PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

ANTE ESTA NECESIDAD NO EXISTEN DATOS RELEVANTE EN NINGUNO DE LOS ASPECTOS POR LO TANTO:

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___X___

7. TERMORREGULACIÓN.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) datos subjetivos: Poca actividad física, alteración en la nutrición.
- B) Datos objetivos: Bajo peso para talla corporal, hipoactividad, hipotermia de extremidades, y coloración violacea de las mismas.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO ___X___

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA ___ FALTA DE CONOCIMIENTO ___X___
FALTA DE CONOCIMIENTO ___X___

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos. Falta de ánimo y apatía.
- B) Datos objetivos: Apatía, depresión tristeza.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO ___X___

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA ___X___ FALTA DE VOLUNTAD ___X___
FALTA DE CONOCIMIENTO ___X___

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: falta de recursos económicos.
- B) Datos objetivos: Nivel socioeconómico bajo, clima de vivienda y entorno con clima húmedo/frío.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI ___ NO ___X___

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA ___X___ FALTA DE VOLUNTAD ___X___
FALTA DE CONOCIMIENTO ___X___

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Poca actividad física, hipotermia, alimentación inadecuada.
- B) Datos objetivos: Hipoactividad física, ambiente de vivienda húmedo, alimentación y nutrición inadecuada, escasas de agua en vivienda frecuentemente, aseo corporal deficiente, deshidratación de tegumentos, gingivitis, alitosis, ceborrea.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: falta de interés.
- B) Datos objetivos: baja autoestima, depresión.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: Falta de agua en vivienda y clima húmedo en la misma.
- B) Datos objetivos: Nivel socioeconómico bajo, escasas de agua en vivienda. No existe un lugar apropiado en vivienda para bañarse, no hay lubricación de tegumentos, el clima de vivienda es húmedo/ frío.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO EXISTEN DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

9. EVITAR PELIGROS.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Ansiedad, desinterés.
- B) Datos objetivos: Somatización de problemas a través de crisis convulsivas, baja autoestima, toxicomanías, apatía.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NOX _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Ignorancia, ansiedad, miedo, desinterés.
- B) Datos objetivos: Nivel escolar bajo, apatía, baja autoestima, somatización de problemas a través de presencia de crisis convulsivas, no existe un control de sí mismo toxicomanías sin conocer el daño que provocan, sólo disfrutando sus efectos, estado de alerta deprimido.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTOS X

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: Soledad, pobreza desinterés.
- B) Datos objetivos: apatía, distanciamiento familiar, nivel educativo bajo, nivel socioeconómico bajo.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO ESPIRITUAL:

- A) Datos subjetivos: incredulidad.
- B) Datos objetivos: valores y creencias familiares presentes, pero manifiesta y demuestra apatía, falta de interés, egoísmo, distanciamiento religioso y familiar.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO x

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD x
FALTA DE CONOCIMIENTO X

10. COMUNICARSE.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: no datos relevante
- B) Datos objetivos: falta de interés

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿POR QUÉ FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Desinterés y soledad
- B) Datos objetivos: apatía, falta de interés, baja autoestima, no hay satisfacción de necesidades sexuales.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿POR QUÉ: FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: Soledad, ignorancia
- B) Datos objetivos: autoaislamiento, separación de la familia proveniente, nivel socioeconómico bajo, nivel educativo bajo.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI _____ NO X

¿POR QUÉ: FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

- A) Datos subjetivos: falta de credibilidad.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI _____ NO X

¿POR QUÉ: FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X

11. VIVIR SEGUN SUS CREENCIAS Y VALORES.

ASPECTO BIOLÓGICO : NO EXISTEN DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

ASPECTO PSICOLOGICO: NO EXISTEN DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

A) Datos subjetivos: Apatía, no frecuenta lugares que promuevan Principios y valores.

C) Datos objetivos: No hay congruencia entre valores y creencias Inculcados, con el comportamiento actual.

SATISFACCION DE LA NECESIDAD SI _____ NO X

¿POR QUÉ: FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

A) Datos subjetivos: Perdida de fé e incredulidad.

B) Datos objetivos: Tiene valores que por su situación actual están Siendo afectados.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X

¿POR QUÉ: FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

12. TRABAJAR Y REALIZARSE.

ASPECTO BIOLÓGICO.

A) Datos subjetivos: Problemas de salud

B) Datos objetivos: Presencia de crisis convulsivas, aparentemente ocasionados por situaciones estresantes, bajo Tx. médico

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI _____ NO X

¿POR QUÉ: FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X
FALTA DE CONOCIMIENTO X

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: desinterés, ignorancia
- B) Datos objetivos: baja autoestima, bajo nivel escolar, falta de motivación por parte de la familia.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD: SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____X _____

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: Ignorancia, pobreza, enfermedad
- B) Datos objetivos: nivel escolar, socioeconómico, crisis convulsivas que originan que los empleos no sean duraderos, toxicomanías, falta de motivación familiar.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ FALTA DE FUERZA X FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____X _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO EXISTEN DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

13. JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Dolor muscular, hipotermia
- B) Datos objetivos: apatía, nerviosismo, depresión.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO PSICOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: Falta de ánimo, enojo, soledad.
- B) Datos objetivos: emociones encontradas, baja autoestima, falta de motivación familiar.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO SOCIOCULTURAL:

- A) Datos subjetivos: Creencia de no existir otra distracción mas interesante que sumergirse en la toxicomanía, cambios de hábitos, desorganizacion familiar, falta de comunicación familiar.
- B) Datos objetivos: sedentarismo, falta de comunicación familiar, pobreza.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO EISTEN DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

14 APRENDIZAJE.

ASPECTO BIOLÓGICO:

- A) Datos subjetivos: visión borrosa.
- B) Datos objetivos: ingesta de medicamentos anticonvulsivantes, y cocaína, aparentemente no existe algún daño físico, que altere la capacidad intelectual de la cliente.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO PSICOLÓGICO

- A) Datos subjetivos: Desinterés, estados de ánimo cambiantes, ansiedad.
- B) Datos objetivos: inestabilidad emocional, enojo, tristeza, soledad, falta de interés, falta de motivación, baja autoestima.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO SOCIOCULTURAL

A) Datos subjetivos. Falta de interés, pobreza, nivel escolar bajo.

B) Datos objetivos pobreza, desinterés por el aprendizaje, relaciones familiares problemáticas.

SATISFACCIÓN DE NECESIDAD SI _____ NO X _____

¿POR QUÉ? FALTA DE FUERZA X _____ FALTA DE VOLUNTAD X _____
 FALTA DE CONOCIMIENTO _____

ASPECTO ESPIRITUAL:

NO EXISTEN DATOS RELEVANTES ANTE ESTE ASPECTO.

4.3 JERARQUIZACION DE NECESIDADES.

De acuerdo con los datos encontrados en la valoración de cada una de las necesidades fundamentales, se infiere que el cliente es DEPENDIENTE para satisfacer sus necesidades, por tal motivo se deduce que el rol de enfermería es de AYUDA, y que las fuentes de dificultad que condicionaron lo anterior son: FALTA DE FUERZA, FALTA DE VOLUNTAD Y FALTA DE CONOCIMIENTO, por lo tanto las necesidades que se identificaron y que el cliente no puede satisfacer por sí mismo son:

- 1.- N. Oxigenación
- 2.- N. Nutrición e hidratación.
- 3.- N. Eliminación.
- 4.- N. Moverse y mantener una buena postura.
- 5.- N. Descanso y sueño.
- 6.- N. Termorregulación.
- 7.- N. Higiene y protección de la piel.
- 8.- N. Evitar peligros.
- 9.- N. Comunicarse.
- 10.- N. Vivir según sus creencias y valores.
- 11.- N. Trabajar y realizarse.
- 12.- N. Jugar y participar en actividades recreativas.
- 13.- N. Aprendizaje.

4.4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

REALES.

- * Alteración en los procesos de aprendizaje relacionado con falta de interés por el aprendizaje, manifestado por ignorancia, apatía.
- * Tos productiva relacionada con previa enfermedad de vías respiratorias mal tratada, manifestado por acumulo de secreciones en campos pulmonares, sofocación.
- * Alteración de la nutrición por defecto relacionada con inadecuada ingesta de alimentos nutritivos, manifestada por peso corporal inferior al peso ideal, falta de interés por los alimentos.
- * Alteración de los patrones respiratorios relacionado con ansiedad, manifestado por disnea, taquipnea, tos.
- * Alteración de los procesos del pensamiento relacionado con conflictos psicológicos, manifestado por egocentrismo, incapacidad para tomar decisiones y resolver problemas, deterioro de la capacidad para razonar, obsesiones, conducta social inadecuada.
- * Dificultad en los procesos familiares relacionado con crisis de situación actual, manifestado por incapacidad para satisfacer las necesidades emocionales, de comunicación y de seguridad de cada uno de sus miembros.
- * Alteración de la adaptabilidad relacionado con la incapacidad para los cambios necesarios en el estilo de vida, manifestado por falta de movimiento hacia la independencia.
- * Afrontamiento individual ineficaz relacionado con las crisis de situación actual, manifestado por alteración de la participación social, conducta destructiva hacia si mismo y los demás, cambios en los patrones de comunicación, falta de apetito, uso y abuso de drogas, irritabilidad, baja autoestima, ansiedad depresión, estrés.
- * Ansiedad relacionada con crisis de situación actual, manifestado por inestabilidad, sobreexcitación, temblores finos de miembros torácicos.
- * Baja autoestima relacionada con crisis de situación actual, manifestado por expresión de sentimientos negativos a sí mismo, dificultad en la toma de decisiones.
- * Alteración del crecimiento y desarrollo relacionado con dependencia toxicológica, manifestado por incapacidad para realizar actividades de autocontrol, cuidado propio de su salud.

* Dificultad para la deglución relacionado con cavidad orofaríngea irritada, manifestado por desagrado por los alimentos, facies dolorosa al deglutir.

* Dificultad para regular la temperatura corporal relacionada con malnutrición, inactividad, manifestado por piel fría en miembros torácicos y pélvicos, dolores musculares.

* Alteración de la interacción social relacionado con barreras de la comunicación, alteración de los procesos del pensamiento, trastornos en el concepto de sí mismo, manifestado por conductas de relación social no afectivas.

* Dificultad para mantener la estabilidad doméstica relacionado con recursos económicos insuficientes, deterioro de las funciones emocionales, manifestado por ausencia de disciplina en los miembros de la familia.

* Dificultad para la realización del aseo personal relacionado con la falta de interés, baja autoestima y crisis de situación actual, manifestado por ceborrea, alitosis, gingivitis, tegumentos sin humectación, transpiración maloliente.

* Alteración de las funciones renales relacionado a baja ingesta de líquidos, manifestado por orina de color amarillo naranja, dolor a nivel renal.

POTENCIALES.

* Problema potencial de ahogamiento relacionada con crisis de tos productiva nocturna.

* Problema potencial de alteraciones a diferentes niveles de salud, relacionado con inadecuada ingesta de alimentos nutritivos.

* Problema potencial de desintegración familiar relacionada a la falta de adaptabilidad ante los cambios de estilo de vida.

* Problema potencial de traumatismos relacionado a crisis convulsivas.

* Problema potencial de alteraciones de vías urinarias, relacionado a inadecuada ingesta de líquidos.

4.5 PLAN DE CUIDADOS.

De las 14 necesidades valoradas se encontró que 13 no son satisfechas por el cliente, lo cual lo lleva a la dependencia. Es por ello que a continuación se presenta cada una de las necesidades no satisfechas por el cliente.

En la necesidad de OXIGENACION. Se encontró que ésta se ve afectada en el aspecto biológico por tabaquismo y tos productiva, en el aspecto psicológico por ansiedad, en el aspecto sociocultural por las inadecuadas características de la vivienda.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se detectó que el factor que la dificulta esta relacionado con:

Falta de Voluntad: La cliente no quiere dejar de fumar.

Falta de conocimiento: La cliente desconoce el daño causado por el tabaco.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó fue de AYUDA con relación a educación y se platicó con ella de:

- Los efectos dañinos que trae consigo el tabaquismo.
- Técnicas de respiración y relajación para calmar la ansiedad.
- Creación de un ambiente familiar tranquilo.
- Importancia de la ingesta de líquido.
- Buscar una posición cómoda para dormir que calme la ansiedad y la tos.

En la necesidad de NUTRICION E HIDRATACIÓN, se encontró que ésta se ve afectada en lo biológico por anorexia, disfagia y baja ingesta de líquido, en lo psicológico por ansiedad, baja autoestima y en el aspecto sociocultural por falta de interés.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no desea alimentarse e hidratarse adecuadamente.

Falta de conocimiento: La cliente desconoce el daño que puede ocasionar el problema de anorexia y deshidratación.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó es de AYUDA con relación a la educación y se hablo con la cliente de:

- Importancia de los alimentos en el organismo.
- Importancia de sustancias nutritivas como vitaminas, minerales, proteínas, etc. En el organismo.
- Alimento que contienen sustancias nutritivas pese a su situación económica.
- Importancia de una adecuada ingesta de líquidos.
- Establecimiento de un horario de comidas en el ambiente familiar.
- Importancia de aseos bucales para disminuir molestias al deglutir.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- Crear diferentes menus para cada día de la semana sin alterar la economía familiar.

En la necesidad de ELIMINACIÓN, se encontró que está afectada en lo biológico por estreñimiento ocasional, disuria, poca ingesta de alimento y líquido, en el aspecto psicológico por baja autoestima.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta esta relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no quiere mejorar sus hábitos de alimentación, ni elevar su autoestima.

Falta de conocimiento. La cliente no conoce los efectos que pueden ocasionar los malos hábitos alimenticios.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó fue de AYUDA con relación a la educación y se platico con la cliente de .

- Importancia en la mejoría de hábitos alimenticios.
- Importancia de hábitos higiénicos, como aseo de WC, cambio diario de ropa interior, tipo de ropa interior que es recomendable.
- Importante ingesta de alimentos ricos en fibra como frutas, cereales, etc.
- Importante ingesta de líquidos como agua de fruta natural.

En la necesidad de MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA, se encuentra afectada en el aspecto biológico por sedentarismo, en el aspecto psicológico por falta de ánimo.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no encuentra motivación para dejar a un lado la vida sedentaria que ha estado llevando.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó fue de AYUDA con relación a educación y se habló con ella de:

- Problemas que pueda ocasionar el sedentarismo.
- Importancia de buscar la ayuda de un psicólogo para elevar su autoestima y encontrar motivación.

En la necesidad de DESCANSO Y SUEÑO se encontró que ésta se ve afectada en el aspecto biológico por ser productiva, en el aspecto psicológico por ansiedad.

ANÁLISIS.

Con relación a esta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no quiere acudir al médico para el Tratamiento del problema de tos.

Falta de conocimiento: La cliente desconoce medicina alternativa para mejorar el problema.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó es de AYUDA con relación a educación y se habló con ella de:

- Importancia de acudir al médico para mejorar su estado de salud.
- Evitar el tabaquismo.
- Orientación sobre medicina alternativa, utilizando plantas medicinales como eucalipto, bugambilia, miel de abeja, limón, etc.

En la necesidad de TERMORREGULACIÓN, se encontró que está afectada en el aspecto biológico por escaso acumulo de grasa corporal, hipoactividad, en el aspecto psicológico por falta de ánimo y depresión.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no desea mejorar sus hábitos alimenticios, ni eliminar el sedentarismo.

Falta de conocimiento: La cliente desconoce la vinculación entre una mejor termorregulación y una adecuada alimentación.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó fue de AYUDA con relación a educación y se platicó con ella de:

- Mejorar la alimentación, manejar un horario de comidas, y no pasar muchas horas en ayuno.
- Ingerir alimentos que proporcionen energía, fruta, cereales, dulces.
- Utilizar prendas de vestir adecuadas al clima.
- Evitar el sedentarismo.
- Establecer un programa diario de ejercicios.

En la necesidad de HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL, se detectó que esta afectada en el aspecto psicológico por falta de interés y en el aspecto sociocultural por deficiencias en el suministro de agua.

ANÁLISIS.

Con relación a esta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no se preocupa por su aseo personal.

Falta de fuerza: El suministro de agua no es frecuente y la situación económica de la cliente no le permite acudir a lugares públicos (Baños) para satisfacer esa necesidad.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó es de AYUDA con relación a proporcionar Educación y se habló con la cliente de:

- Importancia de realizar el aseo personal.
- Buscar alternativas para satisfacer la necesidad como almacenar agua en cubetas y recipientes apropiados, acudir al domicilio de algún familiar, para satisfacer la necesidad por lo menos 2 veces a la semana.
- Cambio de ropa tanto interior como exterior diario.
- Importancia de la utilización de productos para eliminar malos olores, como limón carbonato, desodorante, etc.
- Importancia de utilizar productos para lubricar los tegumentos.
- Importancia del hábito de ahorrar agua.

En la necesidad de EVITAR PELIGROS, se encontró que esta afectada en el aspecto biológico por drogadicción, y en el aspecto psicológico por depresión.

ANÁLISIS.

Con relación a esta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no quiere dejar la droga ni buscar ayuda para hacerlo.

Falta de conocimiento: La cliente desconoce los daños que causan las drogas.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó es de AYUDA con relación a educación y se habló con ella de:

- Los efectos que traen consigo las drogas, tanto biológicos, psicológicos, sociales, etc.
- Importancia de buscar ayuda, especializada para eliminar la dependencia toxicológica. (Asociación Vive sin drogas, Centros de integración juvenil., etc.)

En la necesidad de COMUNICACIÓN, se encontró que está afectada en los psicológico por desinterés, en el aspecto sociocultural por egocentrismo.

ANÁLISIS.

Con relación a esta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no quiere comunicarse.

Falta de fuerza: La familia y amigos se están alejando de la cliente.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó fue de AYUDA con relación a educación y se platicó con la cliente de:

- Beneficios de llevar una buena comunicación con la gente que le rodea.
- Buscar ayuda psicológica que le permita salir de la apatía y el egocentrismo.
- Buscar terapia ocupacional, que le ayude a tener ingresos económicos y sociabilizarse.

En la necesidad de VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES, se encontró que se ve afectada en los sociocultural por la incongruencia entre los valores y la actitud presentada, y en el aspecto espiritual por incredulidad.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no quiere llevar a cabo los valores y creencias inculcados con anterioridad.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería utilizado es de AYUDA con relación a Educación y se habló con la cliente de:

- Buscar lugares donde puedan reafirmar sus creencias y valores inculcados, (Iglesias, Templos)
- Importancia de crear en el subconsciente alguna Deidad, lo cual pudiera eliminar la incredulidad y aumentar la fé.

En la necesidad de TRABAJAR Y REALIZARSE, se encontró que está afectada en los biológico por crisis convulsivas, toxicomanías, en el aspecto psicológico por desinterés, en el aspecto sociocultural por bajo nivel escolar.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontro que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de Voluntad: La cliente no tiene interés por trabajar.

Falta de conocimiento: La cliente no conoce alternativas en donde se pueda realizar laboralmente.

Falta de fuerza: Se presentan obstáculos y limitaciones debido a la patología y toxicomanía.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermera que se utilizó es de AYUDA, y se habló con la cliente de:

- Buscar alternativas laborales de acuerdo a su problema patológico y nivel escolar. Como terapias ocupacionales, empleada doméstica etc.
- Buscar ayuda para poder elevar su nivel escolar, como en Delegaciones D.D.F. etc

En la necesidad de JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS, se encontró que está afectada en el aspecto psicológico por egocentrismo y en el aspecto sociocultural por toxicomanías.

ANÁLISIS:

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta esta relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente prefiere estar aislada.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó es de AYUDA con relación a educación y se platicó con la cliente de:

- Problemas que traen consigo las drogas, tanto económicos, biológicos, psicológicos, y sociales.
- Buscar ayuda psicológica y especializada para la desintoxicación de las drogas.
- Tratar de buscar actividades recreativas que sean del agrado e interés de los miembros de la familia.

En la necesidad de APRENDIZAJES, se encontró que está afectada en lo biológico por el estado de alerta deprimido, alteraciones visuales, en el aspecto psicológico por desinterés, en el aspecto sociocultural por el bajo nivel escolar.

ANÁLISIS.

Con relación a ésta necesidad se encontró que el factor que la dificulta está relacionado con:

Falta de voluntad: La cliente no tiene interés por aprender.

Falta de fuerza. Existen limitantes para el aprendizaje causados por alteraciones biológicas.

INTERVENCIONES.

El rol de enfermería que se utilizó es de AYUDA con relación a la educación y se habló con la cliente de:

- Buscar ayuda medica especializada en tratar las alteraciones presentes (Hospitales de SSA, neurólogo, oftalmólogo, psicólogo, nutriólogo, etc.
- Buscar ayuda para elevar el nivel escolar (INEA, SEP, etc.)
- Beneficios que traen un mejor nivel escolar. en el trabajo amigos, vivienda, familia, etc.

SUGERENCIAS.

Durante el estudio de caso realizado en éste proceso de atención se puede apreciar que durante la formación académica no son suficientes los elementos proporcionados para abordar problemáticas como la presentada en dicho trabajo, ya que se requiere de una preparación en todos los aspectos para de ésta manera poder ayudar a los clientes que presentes problemas con el uso y abuso de drogas.

Quizá sería recomendable que durante la formación profesional los problemas de carácter social como el que se abordó en éste proceso se analizará desde diferentes aspectos, (psicológico, biológico y social), profundizando en aspectos que son cruciales en el Tratamiento del cliente.

Ya que por ese motivo al realizar el proceso se presentaron diferentes obstáculos para poder colaborar y ayudar a la cliente a mejorar su situación, ó quizá no se colaboró en el tratamiento como se hubiera deseado, por tal motivo, los resultados obtenidos no fueron los esperados.

CONCLUSIONES.

Se puede concluir, que desgraciadamente no siempre el personal de enfermería puede llegar al cumplimiento de los objetivos planteados durante el desarrollo de su labor. lo cual se debe a que en la mayoría de los casos se debe brindar una atención haciendo participe a todo un equipo multidisciplinario para la obtención de mejores resultados en el tratamiento proporcionado a los clientes que así lo requieran.

Ademas es importante recalcar que la falta de motivacion y de voluntad que la cliente presenta, dificulta la modificación de actitudes y comportamientos de la misma, lo que impide la satisfaccion de sus necesidades y por consiguiente, el alcance de su independencia o sea su salud.

Con los datos anteriormente mencionados se puede decir que el logro de los objetivos planteados al inicio de éste Proceso de atención de Enfermería sólo fue factible en un 50 %.

ANEXO I

VALORACION DE ENFERMERIA

I FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE Fernandez Lopez Carmen

EDAD: 34 Años

PESO: 48 kg TALLA 1 62 cm

FECHA DE NACIMIENTO 19 DIC 1965

LUGAR DE NACIMIENTO: México, D.F.

ESCOLARIDAD: Primaria Terminada OCUPACIÓN: Hogar

EDO CIVIL. Casada RELIGIÓN: Católica.

DOMICILIO: Calle Veracruz. # 20 Col El Triángulo. Del. Iztapalapa.

II. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	No cuenta con antecedentes heredo-familiares de importancia.
III. PERFIL SOCIAL.	Refiere haber contraído nupcias a la edad de 14 años, a partir de ese momento se ve afectada la relación con sus padres, ya que su conyuge es drogadicto y 10 años mayor que ella. Su familia la cataloga como una persona chismosa, aunque trabajadora. Presenta inestabilidad laboral a causa de su padecimiento patológico (crisis convulsivas), manifiesta inestabilidad en viviendas debido a conducta agresiva de su pareja. Actualmente mantiene moderada comunicación con su familia, y se encuentra separada de su pareja conyugal, aunque mantiene relaciones con un individuo que conoció hace 1 año. La manutención del hogar corre por su cuenta, trabajando en una fábrica y recibe un salario de \$750 pesos semanales, lo que no es suficiente para cubrir los gastos de sus hijos, los cuales estudian, el mayor la vocacional y el menor la secundaria, además de alimentación, vestido, transportes, renta, medicamentos, entre otros gastos.
IV ANTECEDENTES PERSONALES	Manifiesta tabaquismo positivo a razón de 1 cajetilla diaria desde hace aprox. 15 años. Hace aprox. 1 año inicia con consumo de cocaína a razón de 3 grasas al día (6 mg.). Alcoholismo ocasional.
V ANTECEDENTES GINECOBISTRICOS.	Menarca a los 12 años, con ciclos de 30 x 5, alterándose en frecuentes ocasiones, no dismenorrea. IVSA a los 14 años, a la actualidad presenta 5 compañeros sexuales, no utiliza ningún método de planificación familiar, toma de DOC hace aprox. 6 años con resultado negativo a Ca.CU. G 4 P 0 A 0 C 4. Secuencia de embarazos. G I Gemelar Masculinos en el año de 1979, G I presenta asfisia Neonatal y G II sepsis. Obitos. G II PU Obito Masculino en 1981, y presentó asfisia neonatal. G III PUV Masculino en 1985, no presentando ningún defecto al nacimiento. G IV PUV Masculino en 1986, presenta bajo peso al nacimiento 1,900 gr. Actualmente presenta bajo peso y talla para edad.
VI ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.	Refiere hace aprox. 6 años, presentar una caída golpeándose la cabeza con escalera de concreto, y días posteriores a la misma, inicia con crisis convulsivas tónico-clónicas. Inicia con Tx. Médico y posteriormente de realizar una serie de estudios de laboratorio y gabinete, se da el Dx. De desviación de 3er. Disco cervical, por lo que es intervenida quirúrgicamente en hospital particular, donde se le coloca una placa (La cliente ignora el material de la misma) en el lugar de la lesión, cediendo en un 80% la presencia de crisis convulsivas. Actualmente es eventual y circunstancial la presencia de las mismas, (en presencia de disgustos, sobresaltos, etc.) y la presencia de las mismas, (en presencia de disgustos, sobresaltos, etc.) y es manejada con Trileptal a razón de 3 pastillas al día de 600 mg. Cada una y a la presencia de crisis convulsivas se proporciona una pastilla extra.
VII ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS.	Refiere haber sido intervenida quirúrgicamente a la presencia de Apendicitis, extracción de vesícula biliar, 4 cesáreas, colocación de injerto en dedo anular de mano derecha x amputación con máquina cortadora de madera, y colocación de placa en región cervical. Niega antecedentes transfusionales y alérgicos.
VIII ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.	Dentro de su comunidad, existen factores nocivos como drogadicción, alcoholismo, delincuencia y contaminación ambiental. HABITOS ALIMENTICIOS: carne roja 2/7, verdura 3/7, leguminosas 5/7, fruta 3/7, leche 2/7, pan 4/7, tortilla 7/7, agua 1 litro al día, Bebidas gaseosas 5/7, café 7/7. VIVIENDA: Cuenta con 2 cuartos construidos de concreto y lámina, con buena iluminación, regular ventilación, no cuenta con baño independiente, el suministro de agua es por hidrante público y escasea frecuentemente.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Se trata de femenina de 34 años de edad, la cual aparentemente se encuentra alterada en todas las esferas de la salud. Cabe mencionar que la cliente presenta una actitud de desconfianza y cierto rechazo ante las personas que pretenden acercarse a ella para brindarle ayuda. Por lo que la labor del entrevistador se vera limitada por el momento.

EXPLORACIÓN FISICA

Somatometria.

Peso: 48 Kg. Talla. 1.62 Cm.

Signos vitales:

F.C 70x' F.R. 16x
T/A 110/ 70 Temperatura. 36.2° C

Cráneo normocefalo con adecuada implantación de cabello al igual de pabellones auriculares. Presencia de ceborrea, ojos simétricos, pupilas midriáticas, nariz rectilínea y narinas permeables, boca simétrica, con mucosas orales semihidratadas, orofaringe hiperemica, hipertrofica, presencia de alitosis.

Cuello cilindrico sin adenomegalias, presencia de cicatriz aprox.

De 3 cm del lado izquierdo del mismo.

Tórax simétrico, normolineo, mamas simétricas, C_sP_s con presencia de acumulo de secreciones crepitantes, R_sC_sR_s de baja intensidad.

Abdomen plano, depresible, sin viceromegalias, con presencia de multiples rasgos de cicatrices en hipocondrio derecho y en todo el trayecto paralelo del abdomen, pesistaisis presente aumentada.

Genitales diferidos.

Miembros torácicos simétricos en longitud y pliegues con reflejos deprimidos, y ausencia del 70% de falange anular en Miembro torácico derecho, ambos miembros presentan hipotermia.

Miembros pélvicos simétricos en longitud y pliegues, con reflejos deprimidos, no hay presencia de edema, y ambos miembros se encuentran hipotermicos.

En la región corporal posterior espina dorsal alineada, presenta giordanos (+) bilateral de moderada intensidad.

Se observa un estado nutricional deficiente ya que se aprecia claramente la escases

De tejido adiposo, y se observan las estructuras óseas con claridad.

Presenta palidez de tegumentos moderada y un llenado capilar de 8 segundos

Aproximadamente.

EXAMENES DE LABORATORIO.

15 DE DICIEMBRE DE 1999

Hb. 8.0 / 100ml.

Hto. 35 %

Glucosa 62 mg / dl

Plaquetas 200 000 mm³

INMUNOGLOBULINAS

IgG 11,950 mg / dl

IgA 120 mg / dl

IgM 55 mg / dl

IgD 1.8 mg / dl

IgE 0.02 mg / dl

EGO.

Bilirrubinas 0.0002 mg / dl

Creatinina 0.5 g / 24

Albumina Presente.

Urea 22 g / 24 hrs.

Densidad 1.014

EXAMENES DE GABINETE.

Fueron extraviados y no cuenta con ningún estudio de éste tipo.

ANEXO 1

FORMATO DE VALORACION DE ENFERMERIA.

I FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
PESO: _____ TALLA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____
EDO. CIVIL: _____ RELIGIÓN: _____
DOMICILIO: _____

II. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.	
III. PERFIL SOCIAL.	
IV. ANTECEDENTES PERSONALES.	
V ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS.	
VI. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.	
VII. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS.	
VIII. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.	

PADECIMIENTO ACTUAL.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

SOMATOMATRIA.	PESO:	TALLA:
SIGNOS VITALES.	FC. T/A	FR. TEMP.
EXPLORACIÓN:		
CABEZA.		
CUELLO.		
TORAX.		
ABDOMEN.		
GENITALES.		
MIEMBROS TORACICOS Y PÉLVICOS.		

ANEXO 3

ANECDOTARIO.

FECHA	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD.
14 JULIO 2000.	Selección del cliente para realización del proceso de atención de enfermería.
18 JULIO 2000	Se realiza visita al cliente para pedir su consentimiento a cerca del estudio que se va a realizar con respecto a su persona. Ella se manifiesta apática, desconfiada y a través de una plática utilizando un lenguaje coloquial, se trata de brindar confianza, lo cual sirve ya que la cliente otorga su consentimiento.
21 JULIO 2000.	Se inicia la realización del diseño del proceso de enfermería, hasta el momento no se cuentan con elementos suficientes para formar una historia clínica, sólo se conoce un panorama general de la situación por la que la cliente atraviesa. Cabe mencionar que ese panorama fue proporcionado por un miembro de su familia.
25 JULIO 2000	Se realiza una visita en plan amistoso, no entrando de lleno a la realización de la historia clínica, pero si tratando de indagar con preguntas indirectas la situación por la cual esta pasando la cliente, se realizan preguntas con respecto a objetos, fotografías, etc.
26 JULIO 2000	Recordando todas y cada una de las preguntas que se realizaron a la cliente se inicia la redacción de la historia clínica, aunque esta todavía se encuentra muy falta de información.

28 JULIO 2000	Se inicia la revisión de bibliografía sobre problemas de drogadicción, para de esta manera poder comprender el comportamiento de la cliente y así en las entrevistas posteriores enviarle mensajes subliminarios al respecto
16 AGOSTO 2000	Se realiza visita a la cliente la cual se encuentra desganada, triste, sin fuerza, sin ánimo, poca fuerza de voluntad, al entablar una comunicación con la cliente siempre se le permite que exprese su sentir. Al inicio de la plática ella enciende un cigarrillo, e inicia una serie de preguntas ¿Qué es lo que le acaba de poner al cigarro ¿ cocaína. ¿ Cuanto le cuesta la grapa ¿ \$ 20 00 ¿ y cuantos cigarrillos forma de 1 grapa ¿ 2 cigarrillos, ¿ pero al día cuantos cigarrillos se fuma ¿ 8 cigarrillos compuestos y de 15 a 20 normales, ¿ qué cantidad de cocaína contiene una grapa 2 mg de cocaína, ¿ y no se marca o le causa asco ¿ No al contrario, me tranquilizo, los ruidos no me molestan, casi no me enojo ni grito, se me quita el sueño, en fin me siento bien ¿ Pero por cuanto tiempo siente todo eso que me acaba de decir ¿ Pues mas o menos 2 hrs. Y poco a poco se me va pasando, me empieza a dar sueño, me irrito muy fácilmente, ¿ Y aquí donde vive no es difícil conseguir la droga ¿ Pues no es difícil, por que un amigo mio me la vende o luego me la regala, ¿ Cuando la tranquilidad que siente al fumar un cigarro compuesto se le pasa, usted que hace ¿ Pues si tengo me fumo otro cigarro ó si no pues me acuesto y me duermo. Las preguntas continúan lo cual permite obtener mas información importante.
23 AGOSTO 2000.	Se realiza visita a la cliente para obtener más información y realizar la valoración física. La cliente se acaba de bañar, se observa dentro del cuarto una tina, cubetas, la habitación es húmeda, a grandes rasgos ella me permite observar la anatomía de su cuerpo y exploración cefalo-caudal, observando el estado en el que ella se encuentra. Se inicia un interrogatorio más directo en donde se obtienen datos que en otras visitas no se pudieron obtener.
25 AGOSTO 2000.	Se presentan avances con el asesor, se aclaran dudas y el asesor entrega recomendaciones para mejorar la calidad del trabajo.
31 AGOSTO 2000	Se realiza visita a la cliente para continuar con el interrogatorio, el cual se va presentando más directo y completo, para dar forma a la historia clínica, se brinda orientación sobre aspectos de salud presentados, como la humectación de la piel, higiene personal, dental, alimentación, etc.
01 SEP 2000	Se presentan avances al asesor, realizando correcciones, orientación etc.
06 SEP 2000.	Se realiza una entrevista a la hermana de la cliente, explicándole la razón de la misma, y brinda su consentimiento, entonces se procede a corroborar parte de la información que la cliente proporcionó y además a la obtención de datos relevantes, cabe mencionar que las preguntas realizadas fueron en forma directa y siempre con el mismo fin de obtener datos para poder ayudar en la medida de lo posible a mejorar la calidad de vida que la cliente presenta.
7,11,12 SEP 2000.	Se inicia la captura de toda la información en computadora, se le da el orden y coherencia a la misma.

20 SEP 2000	Se realiza una visita a la cliente con la finalidad de observar los cambios presentados de acuerdo con la orientación en cuanto a la alimentación, higiene, ingesta de líquidos, termorregulación, etc. Al parecer son muy pocos los resultados y el tiempo es muy corto para poder valorar los efectos positivos, pero al menos se trata de concienciar a la cliente sobre esos datos importantes.
22 SEP 2000.	Se presentan avances ante el asesor, se corrigen aspectos, y se inicia la revisión de las necesidades de acuerdo con Virginia Henderson, además con base en ellas se inicia la realización de los diagnósticos de enfermería.
25 NOV 2000	Se presentan los avances del trabajo incluyendo el marco teórico, análisis de necesidades, diagnósticos de enfermería, etc. ante el asesor, el cual dice que el trabajo ya está listo y que al término del mismo realizará una última revisión. Con respecto a la cliente se siguen realizando visitas frecuentes en apoyo a sus necesidades y aclaración de sus dudas, aparentemente la cliente ha obtenido una mejora en su estado pero desgraciadamente le falta motivación e interés por mejorar su situación.

BIBLIOGRAFÍA.

ALFARO LEFEVRE, Rosalinda, 1996 Aplicación del proceso de enfermería. Ed. Mosby- Doyma. 3a. ed. Madrid, 182 p p

COLLIERE MARIE, Françoise. 1994, Promover la vida de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, Madrid. 395 p p.

DE LA GARZA, Fidel y Armando Vega. 1993. La juventud y las Drogas. Ed. Trillas, México, 203 p p.

DORLAND, 1988 Diccionario Enciclopédico ilustrado de Medicina. Ed. Interamericana Mc Graw Hill, 26ª ed. 1711 p.p.

FERNANDEZ F Carmen, et. al. 1995 El Modelo de Henderson y el Proceso de Atención de Enfermería. Ed. Masson-Salvat, Barcelona

GRINSPUN, Doris. 1992. XII Reunión de Lic. En Enfermería. El antiguo arte de los desafíos de la ciencia moderna. En identidad profesional, humanismo y desarrollo tecnológico. Ed. Universitaria. México p. 176-184

LUIS RODRIGO, Ma. Teresa. 1998. Diagnósticos Enfermeros. Un Instrumento para la práctica asistencial. Ed. Harcourt Brace 3a. ed. Barcelona, 230 p p.

PHANEUF, Margot, et. al. 1993. Cuidados de Enfermería. Un Proceso centrado en las necesidades de la persona, Ed. Mc Graw-Hill. Madrid. 352 p.p.

KOZIER, Bárbara. et. al. 1993. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica. Vol. I. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. 5ª.ed. Madrid. 848 p.p.

REPETTO, Manuel. 1985. Toxicología de la Drogadicción. Ed. Diaz de Santos, Madrid, 172 p.p.

RUBY L. Wesley. 1995. Teorías y Modelos de Enfermería. ed. Interamericana Mc Graw Hill, 2ª ed. Madrid, 179 p.p.

VALBUENA BRIONES, Agustín, 1993. Manual de toxicomanías y alcoholismo. Ed. Masson, 2ª ed. México 231 p.p.

www.Vivesindrogas.Org.mx